Stanford University Library
MAY 25 1905

Ueber das spätere Befinden der Frauen nach Geburt einer Blasenmole.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

K. Rudolf Oster,

approb. Arzt aus Heidelberg.

Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0072

Ueber das spätere Befinden der Frauen nach Geburt einer Blasenmole.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

K. Rudolf Oster,

approb. Arzt aus Heidelberg.

Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

No. 49.

Rektoratsjahr 1904/1905.

Referent: Dr. **Werth.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

In Folge der erst in den letzten 2 Jahrzehnten erlangten Kenntnis des Zusammenhanges maligner Uteruserkrankung des Chorionepethelioms mit der als Blasenmole bezeichneten Degeneration des menschlichen befruchteten Eies, hat diese ein erhöhtes wissenschaftliches und klinisches Interesse gewonnen. Letzteres auch insofern, als die Prognose der Blasenmole nicht mehr wie früher allein auf die unmittelbaren Gefahren — destruierendes Wachstum, Verblutung, Sepsis — begründet werden darf, sondern auch jedesmal die Möglichkeit der oben erwähnten Nacherkrankung an maligner Geschwulstbildung mit in Anschlag gebracht werden muß. Es wäre nun aber wichtig zu wissen, welcher Einfluß auf die Prognose dieser Möglichkeit zuzuschreiben ist, und zu diesem Wissen läßt sich nur auf statistischem Wege gelangen, indem man möglichst in jedem Falle von Blasenmole das spätere Schicksal der davon befallen gewesenen Frauen verfolgt. Diese Aufgabe habe ich mir auf Veranlassung des Herrn Prof. W e r t h unter Benutzung des Materials der Kieler Frauenklinik gestellt und lege die Ergebnisse meiner Untersuchungen in Folgendem vor. Bei Anstellung derselben habe ich auch noch auf andere Punkte geachtet, namentlich auch darauf, wie sich die betreffenden Frauen in Bezug auf spätere Schwangerschaften und Geburten und etwaige Anzeichen von Erkrankung der Genitalien verhalten haben, weil man erwarten konnte, daß hieraus auch über die ätiologische Frage, namentlich hinsichtlich der etwaigen Abhängigkeit der Blasenmolenbildung von Fehlern der Genitalorgane, Aufschlüsse gewonnen werden könnten. Da in

letzterer Beziehung auch die Anamnese und der Befund zur Zeit noch bestehender Erkrankung an Blasenmole von Interesse sein können, so habe ich in dieser Arbeit auch diejenigen Fälle von Blasenmole mit aufgenommen, über deren späteres Schicksal Auskunft nicht erhalten werden konnte.

Vom Jahre 1883—1903 wurden in der Kieler Frauenklinik zwanzig Fälle von Blasenmole ärztlich behandelt, ferner wurden noch mehrere Präparate von Blasenmole durch die betreffenden Ärzte der Sammlung der Klinik überwiesen.

Durch Ausgabe von Fragebogen teils an die betreffenden Ärzte, teils an die Patientinnen selbst, wurde das spätere Schicksal der Patientinnen zu ermitteln gesucht.

Ich lasse nun zunächst die klinischen Krankengeschichten folgen; unmittelbar an jede einzelne Geschichte schließt sich die Auskunft über das spätere Schicksal der Patientinnen, soweit sie zu erlangen war, an.

1) J.-N. 10355. L. S., Dienstmädchen, 18 Jahre alt, am 4. XI. 1883 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Pat. ist wohlgenährt, sieht aber blaß aus, hatte mit 8 Jahren Scharlach. Sie wurde mit 14 Jahren zum ersten Male menstruiert. Die Periode war regelmäßig, mäßig stark, ohne Schmerzen. Seit langer Zeit leidet Patientin an häufigen Stirnkopfschmerzen, besonders im Sommer. Auch ihre Mutter soll daran leiden. Die Kopfschmerzen haben Erbrechen und Übelbefinden, nie aber Magenschmerzen im Gefolge.

Ihre letzte Menstruation hatte Pat. am 1. Juni. Vom letzten August ab stellten sich in regelmäßigen Pausen von 4 Wochen geringe Blutabgänge ein, die 4 Tage dauerten. Seit 4 Wochen hat Pat. Oedem der Beine und wurde wegen Nephritis in das städtische Krankenhaus aufgenommen. In der Nacht vom 1. auf 2. November bekam sie ziemlich starke Blutungen aus der Scheide, die sich noch zweimal wiederholten, wobei die Blutungen bedeutender waren und von wehenartigen Schmerzen begleitet. Die beiden letzten Male mußte die Blutung durch Tamponade gestillt werden.

Status praesens. Äussere Untersuchung: Der Leib ist stark aufgetrieben; der Fundus uteri steht 4 Finger breit über dem Nabel, der Uterus ist leicht beweglich und nach rechts geneigt. Kindesteile sind nicht zu fühlen, ebensowenig ist etwas zu hören. Der Urin weist einen mäßigen Eiweißgehalt auf.

Innere Untersuchung: Das hintere Scheidengewölbe ist nicht zu erreichen. Die Portio ist zapfenförmig, ziemlich weich und locker. Der Muttermund ist für die Fingerspitze leicht durchgängig. Die ganze Scheide ist mit Blutgerinnseln ausgefüllt. Bei ihrer Entfernung entleert sich eine geringe Menge froschlaichähnlicher Massen, die sich in die Scheide nachschieben und durch Spülung entfernt werden, darauf steht die Blutung; Tamponade. Die vorher selteneren Wehen werden konstanter. Nach einer Stunde werden die Tampons entfernt, worauf sich erst kleinere Teile, dann die Hälfte der Blasenmole entleeren. Die andere Hälfte folgt in einer halben Stunde. Der Blutverlust ist mäßig.

4. XI. abends. Uterus ist sehr empfindlich und steht in Nabelhöhe.

5. XI. Uterus druckempfindlich, Fundus 1 Finger breit unter Nabelhöhe, Urinmenge über 1000 ccm, das Oedem der Beine ist geringer, geringer blutiger Ausfluß ohne Stäbchen,

6. XI. Morgens starkes Oedem des Gesichts und der Hände. Katheter-Urin ergiebt nur geringe Spuren von Eiweiß, kein Sediment und Cylinder. 24stündige Harnmenge 800 ccm.

7. XI. Oedem des Gesichtes und der Hände besteht trotz vermehrter Harnmenge (1000 ccm) fort.

8. XI. Oedem der Hände und des Gesichtes abgenommen, Harnmenge 1800 ccm. Uterus gut kontrahiert, Fundus steht einige Finger breit unter dem Nabel.

9. XI. Oedem noch geringer. Harnmenge in 12 Stunden 1275 ccm.

10. XI. Uterus ist etwas zurückgesunken. Beim Wasser-

lassen wird ein größeres Stück Decidua, teilweise mit kleinen Bläschen besetzt, aus der Scheide ausgestoßen.

16. XI. Uterus ist zurückgesunken, aber noch zu fühlen, der Harn enthält kein Eiweiß mehr.

29. XI. Gesund entlassen.

Uterus ist gut involviert und liegt normal. Die Parametrien sind frei.

1904. Das weitere Befinden der Pat. war leider nicht zu ermitteln.

2) J.-No. 13196. Prof. v. Stark, Kiel. E. K., Redakteursfrau, 36 Jahre alt, am 24. Juni 1890 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese. Pat. ist VI para. Sie hat viele Kinderkrankheiten durchgemacht. Hat jetzt, 6 Wochen nach den letzten Menses, wie auch in früheren Schwangerschaften, starke Beschwerden (Appetitmangel und Erbrechen). Seit Anfang Mai trat Erbrechen auf, trotz Diät, zuweilen sogar stündlich. Pat. wurde hierdurch sehr entkräftet. Seit 14 Tagen wurde Bettruhe und Medizin ohne Erfolg angewendet. Die letzten 14 Tage traten 4 mal profuse Blutungen, bis zu Ohnmachten auf, zuletzt am 24. Juni. Ein Abgang von wässerigen oder blasigen Teilen wurde nicht bemerkt. Seit 8 Tagen wurde eine starke Zunahme des Uterus beobachtet, zuletzt war die Ausdehnung wie im VII. Monat. Am 23. Juni war er hart, seit der Blutung am 24. Juni weicher. Seit dem Erbrechen zeitweise starkes Herzklopfen.

Die früheren Geburten verliefen normal, die letzte war vor $1^1/_2$ Jahren. Pat. hatte keine Fehlgeburt. Die Wochenbetten waren normal und dauerten 9 Tage. Die Menstruation ist vierwöchentlich, regelmäßig, 4—5 Tage dauernd, ohne Beschwerden. Nach der Geburt traten 3 mal vierwöchentliche regelmäßige, aber sehr starke Blutungen auf, ohne Schmerzen, zuletzt am 20. März. Die Harnfunktion ist normal.

24. VI. 90. Status. Stark anämische, kaum mittelgut genährte Patientin. Lungenbefund normal. Herzdämpfung nicht verbreitert, Töne rein. Puls 160. Spitzenstoß deutlich zu fühlen. Das Abdomen ist in der Mitte kugelig aufgetrieben,

Der Uterus steht 2 Finger breit unter beiden Rippenbögen, 3 Finger breit unter dem Schwertfortsatz; er ist unempfindlich, prall, aber wenig gespannt. Oedeme sind keine vorhanden.

Exploratio: Introitus und Vagina weit. Der Muttermund ist etwas geöffnet, auch von der Scheide aus ist der Uterus weich elastisch zu fühlen. In der Scheide wenig geronnenes Blut.

26. VI. Morgens wird die Scheide mit Jodoformgaze tamponiert, mittags ein kleinfingerdickes Bougie bis in den Fundus eingelegt. Mehrmals den Tag über sind in der Unterlage große Blutflecken, jedoch keine Wehen zu bemerken. Mehrmals täglich wird katheterisiert, der Urin ist dunkelbraun, hat das spezifische Gewicht 1016, enthält kein Eiweiß, jedoch sehr viel Urobilin und wenig Indikan.

Bis zum 27. VI. keine Wehen; Uterus reicht bis zum Rippenbogen.

28. VI. Einlegen von Jodoformgaze bis hoch in den Uterus. Da noch geringe Blutung stattfindet, werden Wattestreifen in die Scheide eingelegt. Puls stets 140—160. Pat. sieht sehr matt aus und hat zuweilen Herzklopfen. Mit Hegar wird der Cervix bis auf Nr. 25 erweitert. Es sind weiche Massen im Uterus zu fühlen. Es gehen kleine Teile der Mole ab. Ausstopfen mit Jodoformgaze.

30. VI. Leichte Narkose. Der Cervix ist noch bis Hegar 25 durchgängig. Mit einem breiten Nélaton werden stückweise Teile der Blasenmole und größere Mengen von in festen und weichen Gerinnseln zusammenhängendem, altem Blute entfernt. Dann wird durch Schaben mit einem stumpfen Zangenlöffel die Mole von der Uteruswand losgelöst und mit demselben und durch Spülen mit einem Douche-Rohr entfernt. Frisches Blut geht nur in geringer Menge ab. Der Uterus kontrahierte sich entsprechend der Entleerung nach Reiben gut und war $^1/_2$ Stunde nach vollständiger Entfernung der Mole gut mannsfaustgroß. Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze und der Scheide mit Watte. Puls 140—150, mittelvoll. Urin nach der Operation gleich dunkel, enthält aber nur normale Mengen von Urobilin.

7. VII. Exploratio: Muttermund noch etwas geöffnet. Uterus anteflektiert, sehr schlaff, wird bei Reiben faustgroß, Parametrien normal.

9. VII. Gesund entlassen.

12. VIII. Seit der Entlassung Wohlbefinden und gute Kräftigung. Menstruation 5—8tägig mit etwas geringerem Blutverlust wie sonst, in der Nacht vor der Blutung geringe Schmerzen.

Status: Noch etwas blasses Aussehen. Allgemeinbefinden gut. Muttermund etwas ektroponiert. Uterus lang, schmal, gänseeigroß. Anhänge und Parametrien normal. Linkes Ovarium länglich durchzufühlen. Scheidenschleimhaut normal.

Späteres Befinden: (Brief der Patientin vom Februar 1904). Die Periode war immer unregelmäßig, ca. alle 3 Wochen, sehr stark, aber ohne mehr Schmerzen. Pat. hatte eine Fehlgeburt und zweimal rechtzeitig geboren, am 20. XII. 91 und 12. III. 93. Die Geburten verliefen gut. Blutungen nicht stärker wie sonst. Eine Blasenmole trat nicht wieder auf. Pat. hatte nach Geburt der Blasenmole noch Gebärmutterschmerzen. Im Jahre 1901 blieben die Regeln aus, traten jedoch bei dem Tode ihres Mannes im Juni 1902 in verstärktem Maße wieder ein, jedoch nur einmal, dann einige Male alle 3 Tage nur 1 Tropfen. Hiernach sehr starker weißer Fluß, der stark gefressen hat. Bei ihren Geburten hatte Pat. viel Fruchtwasser. Seit längerer Zeit leidet Pat. an allgemeiner Körperschwäche und Hinfälligkeit, ist stark von Schwindel geplagt, oft so, daß sie umfällt. Immer friert sie, und steigt ihr im selben Moment die Hitze wieder auf. Pat. ist sehr schlecht zu Fuß. Nierenkrank war sie angeblich nie gewesen.

3) J.-No. 13906. Frau S., Bauersfrau, 35 Jahre alt, am 9. September 1891 in die Klinik aufgenommen.

Pat. ist VIII para, hatte keine Fehlgeburt, ihre Wochenbetten verliefen normal. Ihre Menstruation trat mit 15 Jahren zum ersten Male ein, kam alle 4 Wochen 3—4 Tage, mäßig

stark. Letzte Menses Ende April. Die Harnfunktion ist normal.

Anamnese: Seit Ende April keine Menses mehr wegen Schwangerschaft. Anfang Juli trat Blutung ein, fast täglich in wechselnder Stärke, Pat. wurde sehr schwach dadurch. Nach Einlegen eines Bougies traten bald Wehen ein und Nachts 2 Uhr reichliche Blutung. Es wurde der kindskopfgroße Uterus mit der Hand ausgedrückt, wobei die Blutung stand.

Curettement. Die entfernten Massen waren zum größten Teil altes Blut und eine Blasenmole mit sehr wenigen myxomatös entarteten Zotten, von denen einige kirschkerngroß waren.

14. IX. Wenig Ausfluß, Uterus in der Beckeneingangsebene, hart.

16. IX. Muttermund noch klaffend. Uterus frauenfaustgroß, ziemlich hart, frei beweglich, Parametrien frei, unempfindlich.

23. IX. Gesund entlassen.

Über das weitere Befinden der Pat. war folgendes zu erfahren: Brief der Patientin, Febr. 1904. Die Periode trat 1/4 Jahr nach der Entlassung wieder ein, war normal und schmerzlos. Sie hat noch zweimal rechtzeitig geboren, im September 1893 und im Juni 1894. Die Geburten waren leichter als die früheren Geburten und ohne Blutung. Eine Blasenmole trat nicht wieder auf. Unterleibsbeschwerden und weißer Fluß sind nicht vorhanden. Pat. wurde wegen eines Abortus im 2. Monat im Jahre 1900 ärztlich behandelt. Ein Kind wurde vor der Operation als Wasserkopf geboren, starb aber gleich. Bei ihren Geburten hatte Pat. normales Fruchtwasser. Nierenkrank ist sie nie gewesen.

4) J.-No. 14739. J. N., Arbeitersfrau, 36 Jahre alt, am 29. Januar 1893 in die Klinik aufgenommen.

Am 29. I. wegen eingetretener Wehen seit Nachts 1 Uhr und Morgens 4 Uhr erfolgter starker Blutung (1/2 Nachttopf) wurde poliklinische Hilfe nachgesucht.

Status. Morgens 9 Uhr starke Anämie, Temperatur normal. Puls 124, klein. Uterus 3 Finger breit über dem

Nabel, sehr prall. Cervix nahezu verstrichen. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Tamponade der Vagina in leichter Narkose (Dührsen Büchse) und Transport in die Klinik. 29. I. Unterwegs geringe Wehen.

29. I. Vorm. 11 Uhr. Bei der Aufnahme macht Pat. einen etwas kollabierten Eindruck. Puls 132, klein, Temperatur normal. Tamponade bleibt einstweilen. Nachm. 2 Uhr Eintritt von Wehen, die nach 4 Uhr stärker und schmerzhafter werden. Temperatur 38,4°.

Status: Tumor reicht bis 4 Finger über den Nabel, viel praller als gestern.

Innere Untersuchung: Muttermund reichlich für einen Finger durchgängig, Cervix verstrichen. Im Muttermund Blutgerinnsel zu fühlen. Während der Tamponade des unteren Uterusabschnittes entleert sich plötzlich über ein Liter altes bräunlich verfärbtes Blut, vermischt mit froschlaichartigen Bläschen. Ausräumung in leichter Narkose: Unter Druck von außen wird mit einer sehr großen, stumpfen Kürette der Uterusinhalt, über 2 Liter degenerierten Chorions, mit alten Blutgerinnseln durchsetzt, entfernt. Dazwischen sind auch große Stücke stark verdickter Decidua. Bei der Austastung fand sich die Uterushöhle leer. Die Blutung war sehr gering. Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze, der Scheide mit Watte.

29. I. Uterus gut kontrahiert, nicht empfindlich, 3—4 Finger unter dem Nabel, Parametrien frei. Kein Ausfluß aus der Scheide. Urin mit Katheter abgelassen.

30. I. Uterus nicht empfindlich. Nach Entfernung der Gaze geringe Blutung. Urin spontan gelassen.

31. I. Uterus gut in Rückbildung, Abdomen reaktionslos, kein Ausfluß.

3. II. Uterus hinter der Symphyse eben noch fühlbar, unempfindlich, ebenso die Parametrien, kein Ausfluß.

12. II. Die Exploratio ergiebt nichts abnormes.

16. II. Gesund entlassen.

Pat. verübte im Jahre 1897 Selbstmord, näheres ließ sich nicht ermitteln.

5) J.-No. 14408. Dr. Paulsen in Ellerbeck. M. St., Arbeitersfrau, 38 Jahre alt, am 13. Februar in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Pat. ist XI para, die früheren Geburten verliefen normal, ebenso die Wochenbetten, sie hatte keine Fehlgeburt. Erste Menstruation mit 16 Jahren, sie war nie regelmäßig, meist stark verspätet und dauerte 3 Tage. Die letzte Periode war anfangs November. Harnfunktion normal, kein Eiweiß. Pat. war früher stets gesund, außer ziemlich starker Bleichsucht. Seit 1879 ist sie verheiratet.

Ungefähr 20. Dezember vorigen Jahres plötzliche Blutung ohne bekannte Ursache, nachdem die Menses 7 Wochen ausgeblieben waren. Pat. hatte vor der Blutung die gewöhnlichen Schwangerschaftsbeschwerden (schlechten Geschmack und Appetitlosigkeit). Die Blutung dauerte, sehr stark, auch bei Rückenlage, ca. 48 Stunden an. Dabei keinerlei Empfindung vom Uterus aus. Nachdem nach ca. 8 Tagen stärkere Blutung. Nur Abgang von Blut wurde bemerkt. Mäßige Blutung bis Ende Januar. Auf Tropfen blieb die Blutung 4 Wochen aus. Ende Februar Menses länger als gewöhnlich, 4—6 Tage dauernd. Dann Pause bis Ende März, 4—6 Tage dauernd. Seitdem unregelmäßige Blutung von 8—14 Tagen Dauer und ebenso langen Pausen. Am 12. III. Nachmittags sehr starke Blutung mit wehenartigen Schmerzen.

Status: Pat. ist unter mittlerem Ernährungszustand und sehr anaemisch. Die Brustorgane sind normal. Äußerlich am Abdomen nichts Abnormes zu bemerken. Aus der Scheide geht reichlich Blut ab. Uterus gut faustgroß, anteflektiert, ziemlich weich. Muttermund leicht für 1—2 Finger durchgängig; man gelangt sofort auf weiche Massen (Eireste). Narkose und Kurettement. Entfernung sehr reichlicher Chorionreste, durchweg mit blasig aufgetriebenen Zotten, und bis kirschkerngroße Blasen, mit altem Blut und hämorrhagisch infiltrierter Decidua durchsetzt. Gesammtmasse gut faustgroß, keine Blutung mehr.

21. III. Gesund entlassen. Weiteres über das Befinden der Patientin war nicht zu erfahren.

6) J.-No. 15094 Dr. Holm, Jevenstedt bei Rendsburg. M. St., Bauersfrau, 25 Jahre, am 12. August 1893 in die Klinik aufgenommen. II para.

Anamnese: Frühere Geburten normal, letzte 17. IX. 92, keine Fehlgeburt. Die Wochenbetten verliefen normal. Menses zuerst mit 14 Jahren, sind seit dem 20. Jahre regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, gut mittelstark mit mäßigen Schmerzen vorher. Der Urin ist eiweißfrei.

Pat. war früher immer bleichsüchtig, sonst nie krank. Ist verheiratet seit 1890, hat nie Ausfluß bemerkt. Conception Anfang Februar 93. Bei den früheren Geburten nie initiale Symptome.

Mitte April ging, ohne Vorboten und ohne bekannte Ursachen, sehr wenig Blut, meist Nachts, ab. Zugleich empfand sie unbedeutendes Ziehen im Unterleib. Diese geringe Blutung dauerte bis 22. April und wurde dann stärker, ebenso wurden die Schmerzen wehenartiger, daß Pat. im Gehen behindert war. Ende April wieder Abnahme der Schmerzen und der Blutung, jedoch wurde der Leib druckempfindlich, besonders im rechten Hypogastrium. Da nach einer Gesammtdauer von 3 Wochen die Blutung nicht aufhörte, wurde ärztliche Hilfe gesucht. Die ärztliche Untersuchung ergab: Hochstand des Uterus, ca. 2 fingerbreit über den Nabel. Diagnose wurde auf Abortus imminens gestellt und Secale verordnet.

Blutung auf ein Minimum beschränkt. Trotzdem die Pat. sich vollständig ruhig verhielt, wurde sie auf dem Sofa von einer starken Blutung überrascht am 11. Mai. Wiederholte Tamponade der Scheide. Am 12. V. Abgang einer großen Menge zusammenhängender Blasen, nacher geringe Blutung.

Pat. erholte sich wieder, indessen stellten sich in Zwischenräumen von 8 Tagen bis zu mehreren Wochen immer wieder verschieden starke Blutungen ein, die letzte am 1. August. Nach Ansicht des Arztes sind noch mehrfach Reste der Blasenmole abgegangen. In den Zwischenräumen entleerte sich wenig blutigseröse Flüssigkeit. Wegen der wiederholten Blutungen wurde die Klinik aufgesucht.

Status: Sehr anaemische Pat., unter mittlerem Ernährungszustand. Brustorgane normal.

Am Abdomen nichts besonderes.

Exploratio: Uterus im allgemeinen weich, merklich vergrößert, ca. gänseeigroß, kugelig, kontrahiert sich deutlich bei Berührung, ist nicht druckempfindlich, gut beweglich in normaler Lage. Die Parametrien sind frei. Bei der Untersuchung geht wenig Blut aus dem Muttermund ab.

Narkose und Kürettement. Muttermund ohne Erweiterung für die Kürette durchgängig. Sondenlänge $11^1/_2$ cm. Die Uterushöhle ist weit. Mit großer Vorsicht wird die Innenfläche ausgeschabt, dabei wird eine ziemliche Menge (ca. 4 Eßlöffel) von Blasenmolenträubchen entfernt. Währenddessen mäßigstarke Blutung. Ausspülung der Uterushöhle mit Carbollösung. Nach der Narkose ein Mal Erbrechen, aber keine Schmerzen, ziemlich reichlicher Abgang von blutigseröser Flüssigkeit. Urinentleerung spontan.

13. VIII. Ausfluß wesentlich vermindert, keine Schmerzen, Abdomen reaktionslos.

14. VIII. Ausfluß sehr gering, farblos.

16. VIII. Normaler Verlauf, Ausfluß sehr gering, ohne Blutbeimischung.

20. VIII. gesund entlassen.

Das spätere Befinden der Pat. (Bericht von Dr. Hollm, Febr. 1904) gestaltete sich wie folgt:

Die Periode trat zum ersten Mal im April 1894 wieder ein, sie war regelmäßig und dauerte so lange wie früher. Das erste Mal war sie nicht so stark, später wie gewöhnlich. Ein Jahr lang hatte Pat. dabei starke Schmerzen, die sich allmählich verloren.

Die Pat. gebar rechtzeitig im Juni 1896, hatte einen Abort 1897 im 3.—4. Monat. Frühgeburten 1) 1897, etwa 6. Monat, 2) 1902 am 5. Februar im 6. Monat, 3) 1903 am 18. November ungefähr im 4. Monat. Die Blutungen waren dabei nicht abnorm. Eine Blasenmole trat nicht wieder auf. Ebenso keine Unterleibsbeschwerden und kein Fluor albus.

Neubildungen sind keine aufgetreten. Pat. leidet, wie schon öfters, wieder an Chlorose und deren Begleiterscheinungen.

7) J.-No. 15355 Dr. Leonhart in Gaarden. W. M., Handlangersfrau, 24 Jahre alt, am 31. Dezember 1893 in die Klinik aufgenommen, III para. Die letzte Geburt war im Februar 1893, das Kind starb am 1. April.

Anamnese: Die früheren Geburten verliefen: die erste und zweite normal, die dritte war eine Zangengeburt. Pat. hatte keine Fehlgeburten, die Wochenbetten waren normal. Die Menstruation trat im 14. Jahre ein, war dann regelmäßig alle 4 Wochen, dauerte 4 Tage, ziemlich stark, ohne Schmerzen.

Pat. war früher stets gesund. Am 1. Mai hatte Pat. wieder Periode wie früher, bis Anfang August. Seit Anfang September hält sich Pat. für schwanger, hatte schlechten Appetit und Übelkeit (in den früheren Schwangerschaften war dies nicht der Fall). Im Oktober bekam Pat. nach körperlicher Anstrengung zuerst geringe aber beständige, auch Nachts andauernde Blutung, diese wurde nach 14 Tagen stärker, aber ohne Schmerzen. Damals glaubte der Arzt, daß es sich um Abortus completus handle und gab Medizin für den Appetit, später Tropfen zur Stillung der Blutung. Daraufhin blutete es nur bei Nacht. Seit Mitte November hielt Pat. Bettruhe. In der Nacht vom 29.—30. Dez. traten starke wehenartige Schmerzen auf, und es gingen zwei 25 cm lange, längliche Gewebsstücke ab, die aus Haut und Bläschen bestanden, nachher gingen noch 4 kleinere Stücke ab. Pat. wurde wegen Mole der Klinik überwiesen.

Status: Ziemlich anämische Frau. Über der Lunge hie und da diffuse bronchitische Geräusche, sonst sind die Brustorgane normal. Das Abdomen ist weich, ohne Meteorismus. Der Uterus ist 3 Finger breit über dem Nabel verbreitert zu fühlen.

Innerliche Untersuchung: Uterus vergrößert, dem 3.—4. Monat entsprechend, anteflektiert. Der Muttermund ist für einen Finger durchgängig.

Curettement mit großer stumpfer Kürette. Es werden nur große Stücke von Decidua in beginnender Nekrose entfernt. Ausspülung. Keine stärkere Blutung. Tamponade mit Jodoformgaze.

9. I. 94. Exploration: Portio abtastbar, nach rechts verlagert. Der Muttermund ist quer gespalten, für 1 Finger durchgängig, wenig erodiert, Uterus ohne Schmerz abtastbar, nicht druckempfindlich.

21. I. 94. Vor 3 Tagen mäßiger Blutabgang, ohne Schmerzen. Uterus, noch ziemlich groß, anteflektiert, weich, nicht druckempfindlich.

Ordination: Hydrastis canadensis.

31. I. 94. Beständiger Blutabgang bis 31. I., seither rötlichbraun gefärbter Ausfluß.

Untersuchung ergiebt: mäßigen, schleimig-blutigen Ausfluß. In der Scheide liegt ein Fetzen Decidua, der anscheinend von der Kürette gelöst wurde.

1896. 5. XI.—15. XII. Die letzte Periode war 25. VIII. —29. VIII. Nach der Entlassung 1894 befand sich Pat. wohl. Die Menses waren regelmäßig, alle 4 Wochen, mittelschwach, 5 Tage dauernd, ohne Schmerzen. Die letzte Menstruation war wie sonst. Am 20. Oktober setzte plötzlich leichter Blutabgang, ohne Schmerzen, ein. Am 24. sollen unter Wehenschmerzen größere Blutgerinnsel ausgestoßen worden sein. Fruchtteile waren angeblich nicht dabei, die Stücke wurden von der Hebamme besichtigt. Dieser Abgang hielt noch mehrere Tage an, dann wurde das Blut dünnflüssiger, und so besteht täglicher Blutabgang bis heute. Über Schmerzen klagt Pat. nicht mehr.

Status: Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Am Introitus nichts abnormes, in der Scheide wenig flüssiges Blut. Die Scheidenschleimhaut ist leicht gerötet. Leichte Erosionen um den Muttermund. Der Uterus liegt nach vorn, etwas weicher als normal, ist nicht sehr vergrößert. Die Adnexe sind frei.

Narkose: Chloroform Anschütz. Erweiterung des Muttermundes bis Hegar 20. Die Uterushöhle wird ausge-

tastet. Man fühlt an der hinteren Uteruswand lockeres Gewebe aufsitzen. Schon nach der Erweiterung mit Hegar sah man (nach den Untersuchungen) einige dem Placentargewebe ähnliche Gewebsbröckel aus dem Muttermund hervorragen. Mit Nélaton werden noch mehrere Stücke aus dem Uterus entfernt, die Placentarmassen zu entsprechen scheinen.

15./II. 04. Vorstellung in der Klinik (Dr. Höhne). Am 4. Dezember 1897 Zangengeburt eines ausgetragenen Knaben von 9½ Pfund, das Kind lebt und ist gesund. Pat. stillte nicht. Die Menses waren immer regelmäßig, alle 4 Wochen 3—4 Tage mittelstark. Während der Regel war etwas schleimiger Ausfluß vorhanden. Im März 1903 Regel zum letzten Male wie sonst aufgetreten. Dann kam sie noch 3 Mal schwach nur 1 Tag lang und blaß. Überhaupt zum letzten Male trat die Regel am 8. August auf. Pat. bekam Ende 1903 Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend und ihr Leib wurde stärker. Jetzt hat die Frau, die sehr korpulent und untersetzt ist, etwas unterhalb des Nabels 126,50 cm Leibesumfang. Der Fundus uteri steht 3 Fingerbreit unter dem Rippenbogen. Pat. soll in ca. 6 Wochen in der Klinik entbunden werden.

8) 15759. Dr. Huss, Apenrade. M. Th., Hofbesitzersfrau, 31 Jahre alt, am 10. August 1894 in die Klinik aufgenommen. V. para.

Die ersten 3 Geburten gingen ohne, die beiden letzten mit Kunsthilfe von statten. Pat. hatte 2 Fehlgeburten. Die Wochenbetten verliefen die 3 ersten Male normal, bei den beiden letzten war sie je 14 Tage krank. Die Menses traten zuerst im 14. Jahre auf, die letzten waren Anfang Mai. Harnfunktion spontan.

Pat. erkrankte 1889 mit Magenschmerzen und Schmerzen in der rechten Brustseite. War in der medizinischen Klinik in Kiel, wurde nach 11 Tagen gebessert entlassen. Vor 2 Jahren erkrankte Pat. mit Husten und blutigem Auswurf, sie lag 8 Tage zu Bett. Ende Juli und August 1893 wurde Pat. im Krankenhaus zu Apenrade wegen Obstipation mit Massage behandelt. Im Krankenhaus zog sich Pat. Ende

August Diphterie zu. Pat. wünscht wegen allgemeiner Schwäche und wegen Lungenleidens Abortus.

Status: Anaemisch aussehende Person mit gracilem Knochenbau. Lungenbefund: Auf beiden Lungen, bes. jedoch rechts an der Spitze, vorn und hinten deutliche Dämpfung, sowie knackende Rasselgeräusche und Bronchialatmen. Das Herz ist normal.

Uterus oberhalb der Symphyse abtastbar. Klagen über Druckempfindlichkeit in der Fundusgegend. Introitus weit. Portio in der Medianlinie abtastbar. Muttermund hart. mit Einkerbungen, längsgespalten. Uterus kindskopfgroß, nach rechts verlagert, weich. Im Speculum erscheint die Scheide livide verfärbt, der Muttermund zeigt an beiden Lippen Erosionen. Auch bei innerer Untersuchung ist die rechte Uterusseite druckempfindlich. Rechtes Ovarium anscheinend vergrößert.

13. VIII. Einleitung des künstlichen Aborts. Das untere Uterussegment wird mit Jodoformgaze, die Scheide mit Watte tamponiert.

15. VIII. Muttermund für 1 Finger durchgängig. Kolpeurynter mit 80 ccm Karbolwasser in den Uterus.

17. VIII. Mäßig starke Wehen, Kolpeurynter entfernt. Muttermund für 2 Finger durchgängig. Das Ei ist geplatzt. Die macerierte Frucht wird mit Finger und Nélaton entfernt. Das Chorion ist krank, die Zotten sind zum Teil blasig degeneriert. Placentalösung ziemlich schwer, sie wird mit der stumpfen Kürette entfernt.

Spülung des Uterus mit Karbollösung. Tamponade mit Jodoformgaze.

Exploratio: Uterus gut zurückgebildet, schwach reflektiert, leicht beweglich, abtastbar ohne Druckschmerz. Parametrien vollständig frei.

20. VIII. Schmerzen und Druckgefühl in der Magengegend.

23. VIII. Schmerzen im Kreuz, Druckgefühl im Uterus.

26. VIII. Muttermund für 1 Finger durchgängig, vom Ei nichts zu fühlen.

30. VIII. Untersuchung schmerzlos, Uterus etwas groß, weich retroflektiert, beweglich. Parametrien frei, rechts geringe Druckempfindlichkeit. Entlassen.

Späteres Schicksal: Bericht von Dr. Huß in Apenrade, Febr. 1904. Pat. starb im März 1896 an Lungentuberkulose, sie hat seit dem Aufenthalt in der Klinik nicht mehr geboren, hatte jedoch einmal eine Uterusblutung, die sich an eine heftige Gemütsbewegung anschloß, aber nicht mit Sicherheit auf einen Abortus in den ersten Wochen zurückgeführt werden konnte. Andere Anomalien am Genitalapparat oder Unterleibsbeschwerden sind nicht aufgetreten. Eine Tochter von 15 Jahren und eine verheiratete Schwester sind ebenfalls an Tuberkulose gestorben.

9) J.-No. 16146. Sanitätsrat Dr. Barlach, Neumünster. K. M., Schmiedsfrau, 30 Jahre alt, am 27. März 1895 in die Geburtshilfliche Klinik aufgenommen. III para. Letzte Geburt Mai 93 mit Placenta praevia. Letzte Menses am 15. November 1894.

Seit dem 5. II. 95 fortwährend Blutungen. Die Periode soll früher immer regelmäßig gewesen sein. Vom 15. Nov. bis 2. Februar ist die Regel angeblich ausgeblieben. Anfang Februar bekam Pat. starken Blutverlust, ob Blutstücke mit abgegangen sind, weiß sie nicht. Pat. hielt sich für schwanger. Wegen anhaltender Blutungen vom Arzte in die Klinik geschickt. Das abgehende Blut soll sehr übel riechen. Im Februar will Pat. Bewegungen gefühlt haben, auch zur Zeit noch, aber geringer.

Untersuchung: In der Scheide ziemlich viel Blut. Aus dem Muttermunde entleeren sich übelriechende, bräunliche Fetzen, die als Eihäute imponieren. Im Muttermund ist ein breiter Einriß nach unten, das Abdomen ist aufgetrieben, die Bauchdecken mäßig prall. Der Fundus uteri überragt kleinwenig den Nabel, entsprechend einer Schwangerschaft vom 6. Monat. Bei längerer Palpation kontrahiert sich der Uterus, dabei giebt Pat. an, wehenartige Schmerzen zu haben. Kindsteile sind nicht durchzufühlen. Herztöne

nirgends zu hören. Gegen Abend will Pat. stets Bewegungen verspüren.

8. IV. Lagerung der Pat., weil Wehen eingetreten, auf das Geburtsbett. Abgang von ca. 1 Liter alten geronnenen Blutes.

8. IV. 5^{30-50} p. m. Mit 6 Wehen werden in der Zeit von 20 Minuten nacheinander 6 Partien von blutigen, sich als Teile einer Blasenmole deutlich kennzeichnenden Massen ausgestoßen. Nur geringer Blutabgang. Unter den ausgestoßenen Massen befinden sich keine Eihäute.

20. IV. Ziemlich starker blutig-schleimiger Ausfluß seit gestern. Muttermund breit quergespalten. Cervix und Schleimhaut ziemlich stark gerötet, leicht blutend. Cervicalkanal trichterförmig. Innerer Muttermund geschlossen. Uterus gänseeigroß, nach vorn liegend, weich.

Entlassen. Nach 14 Tagen wieder bestellt.

4. V. Wiedervorstellung: Seither völliges Wohlbefinden. Am 2. V. geringer Blutabgang. Aus der Scheide fließt wenig flüssiges Blut. Muttermund knapp für einen Finger durchgängig. Uterus groß, retroflektiert, leicht nach vorn zu bringen. Ordination: Extr. Hydrast und Pillen (Chin. c. Ferr. reduct.)

29. V. Wiedervorstellung: Bisweilen etwas Schmerzen stechender Art im rechten Hypogastrium. Der Leib ist noch stark, worüber sich Pat. noch beunruhigt. Menses noch nicht wieder eingetreten, Bauchdecken dünn, Abdomen aufgetrieben, weich, überall tympanitisch, kein Schallwechsel. Etwas schleimiger Ausfluß. Uterus in hochgradiger spitzwinkliger Retroflexion, etwas kleiner, leicht reponierbar.

Späteres Befinden: Brief von Sanitätsrat Dr. Berlach, Febr. 1904. Die Periode ist nach 3 Monaten wieder eingetreten und stets normal verlaufen. Pat. hat 4 Mal rechtzeitig geboren: 1897, 1898, 1900 und 1902, ohne Abnormitäten. Seit der letzten Geburt die Menses ausgeblieben, traten aber vor kurzem wieder 2 Mal ohne Beschwerden ein. Sonst ist die Pat. die ganze Zeit hindurch überhaupt nicht unpäßlich gewesen.

10. J.-No. 16548. Stabsarzt Dr. Ferber, Ploen. B., Wärtersfrau, 50 Jahre alt, am 18. Dezember 1895 in die Klinik aufgenommen, VI. para. Die letzte Geburt war vor 7 Jahren. Einen Abortus hatte Pat. vor 3 Jahren. Die Wochenbetten verliefen alle normal. Die Menses traten mit 15 Jahren ein, waren regelmäßig alle 4 Wochen. Harnfunktion normal. Pat. war früher stets gesund. In den letzten Jahren sollen die Menses alle 3 Wochen aufgetreten sein, mit starkem 8 Tage dauerndem Blutverlust, auch hatte sie ständig leichte Schmerzen im Leibe, meinte jedoch, es seien Übergangserscheinungen, hat daher nicht darauf geachtet. Seit 5 Wochen ständiger Blutabgang. Pat. hierdurch sehr geschwächt, seit 14 Tagen sehr heftige Schmerzen im Kreuz, Rücken und Unterleib, dazu nahm Umfang des Leibes deutlich zu. Vom Arzte der Klinik überwiesen.

Status: Anämische Person von knapp mittlerem Ernährungszustand. Abdomen durch einen rundlichen, bis in die Nabelhöhe reichenden Tumor aufgetrieben, prall elastischer, anscheinend cystischer Beschaffenheit. Auf der Höhe des Tumors herrscht Dämpfung, auf den Abhängen des Abdomens tympanitischer Schall.

Innere Unters.: Introitus mäßig weit, ziemlich starke Rektocele, die Scheidenschleimhaut ist blaß. Aus dem Muttermund ragt ein dunkelbrauner, blutiger Pfropf. Man fühlt nach rechts hin, eben ins Becken ragend, eine derbe, druckempfindliche Schwellung, die vom Uterus nicht deutlich abzugrenzen ist. In der Nacht vom 19. auf 20. Dezember starker Blutabgang, große Stücke gehen ab. Pat. ist äußerst ermattet, mißfarbenen Aussehens, der Puls ist klein. Sofort Tamponade. Gegen 9 Uhr morgens ist die Tamponade blutig durchtränkt, wird daher entfernt. Muttermund ist gut für einen Finger durchgängig. Man fühlt im Uterus weiches, schwammiges Gewebe, es stellt sich als Blasenmole heraus. Beim Auflegen der Hände sind Kontraktionen des Uterus bemerkbar. Leichte Erweiterung des Muttermundes bis Hegar 25. Leichte Aethernarkose. Die Mole wird entfernt. Der andauernd gut kontrahierte Uterus wird mit Lysol ausgespült und fest tamponiert. Pat geheilt entlassen.

Nach Bericht des Arztes ist Pat. am 10. April 1896 an Carcinoma corporis uteri gestorben

11. J.-No. 16649. Dr. Riis, Hoyer b. Tondern. Chr. S., 33 Jahre alt, am 3. Dezember 1895 in die Klinik aufgenommen. VI. para. Frühere Geburten normal, letzte März 1895. Keine Fehlgeburt. Wochenbetten normal. Die Periode trat mit 14 Jahren ein, regelmäßig alle 4 Wochen 3—4 Tage, mittelstark. Letzte 1.—4. Oktober wie sonst. Harnfunktion spontan, 2—3 Mal am Tage.

Pat. ist seit 8 Jahren verheiratet. Nach der letzten Geburt (April 1895) blieb die Regel 3 Monate aus, weil das Kind gestillt wurde. Dann erschien die Periode wieder regelmäßig.

Am 14. Oktober wieder schwache Blutung, täglich ging etwas Blut ohne Schmerzen ab. Am 22. Oktober sehr starker Blutverlust, wobei Stücke abgingen, seither täglich schwacher Blutabgang. Pat. hatte nie Schmerzen im Leib. Seit ca. 5—6 Wochen täglich 4—6 Mal Erbrechen schleimiger Massen, unabhängig von den Mahlzeiten. Morgens nach dem Aufstehen war das Erbrechen am schlimmsten. Hat angeblich in letzter Zeit nur noch Milch und Zwieback vertragen. Hat immer Würggefühl und Druck auf die Magengegend, stets zunehmende Schwäche. In letzter Zeit fiel Pat. die Zunahme des Leibes auf. Harndrang nicht vermehrt, der Urin soll bierbraun gewesen sein. Beim Stuhlgang in letzter Zeit öfters Schmerzgefühl, als ob der Austritt des Stuhles gehemmt sei. Im Urin mikroskop. reichlich Epithelien und rote Blutkörperchen. Der Puls ist klein und unregelmäßig. Die Temperatur ist normal.

5. XII. Narkose: Man fühlt äußerlich einen gleichmäßig runden Tumor bis etwa in Nabelhöhe, mit glatter Oberfläche und nach beiden Seiten ziemlich beweglich. Kontistenz mäßig weich. Der Tumor wird unter der Hand deutlich härter. Rechts oben, dicht dem Tumor anliegend, jedoch gegen ihn beweglich, etwa taubeneigroßer, prall elastischer Körper.

Innere Untersuchung: Portio etwas links von der Medianlinie. Muttermund gut für einen Finger durchgängig. Nach Passieren desselben fühlt man eben im Uterus eine weiche, ungleichmäßige Masse, die sich wie Placentagewebe anfühlt. Douglas ausgefüllt durch eine prall elastische Geschwulst, die sich nach oben hin erstreckt und mit dem äußerlich rechts oben gefühlten Körper in Verbindung zu stehen scheint. Bei leichtem Eingehen mit Hegar 12 zur Erweiterung ziemlich starke Blutung aus dem Uterus. Erweiterung bis Hegar 25. Ausräumung einer Blasenmole mit zum Teil großen, lange Ketten bildenden Trauben. Es werden 2 Waschnäpfe voll zum Teil mit alten nicht riechenden Gerinnseln durchsetzte Massen entfernt. Vorsichtiges Eingehen mit Nélaton und Ablösung kompakter Massen. Decidua stark verfettet, schwach übelriechend. Douche mit abgekochtem Wasser. Der Uterus kontrahiert sich, doch ist die Blutung noch ziemlich stark. Tamponade mit Jodoformgaze.

In den ersten Tagen nach der Operation besonders rechts vom Uterus eine prall sich anfühlende Geschwulst, bis über den Nabel ausgedehnt, abtastbar.

20. XII. 95. Operation, Laparotomie, Beckenhochlagerung, Aethernarkose. Kleiner Bauchschnitt in der Mitte. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle liegen 2 sich berührende Tumoren mit glatter, spiegelnder, bläulich glänzender Oberfläche vor, von denen zuerst der größere rechte in Angriff genommen wird. Er besteht aus einem Konglomerat cystischer Tumoren, er wird leicht vor die Bauchhöhle gebracht, wobei sich mehrere Cysten öffnen und hellen klaren Inhalt entleeren. Der Uterus ist noch groß, am Fundus liegen mehrere kleine gelbe Klümpchen, ebenso auch am Beckenperitoneum. Das rechte Ligamentum latum ist mäßig stark entfaltet und verdickt. Das Ligamentum ovarii ist stark verdickt, die Tuben ohne Veränderung, das Infundibulum ist offen. Ablösung des Tumors ca. $1^1/_2$ cm vom Uterus aus entfernt. Mittelst Kettennaht Bildung eines kleinen Stumpfes. Behandlung mit Paquelin. Der linke Tumor bildet ebenfalls ein Konglomerat leicht platzender Cysten,

die sich bis tief in den Douglas ausdehnen. Behandlung wie rechts. Der noch sehr große, weiche Uterus liegt nach Abgang der Tumoren leicht nach rückwärts geneigt. Deshalb beiderseits Faltung des ligamentum rotund. vom uterinen Ende anfangend bis zum Verschwinden im Leistenkanal durch Katgut, sodaß der Uterus gut nach vorn gebracht wird. Blasenfüllung. Schluß der Bauchwunde.

1) Periton.: Katgut fortlaufend.
2) Muskel und Fascie: Katgut.
3) Bauchhaut: Silkworm, dazwischen Katgut.

Die entleerten Tumoren haben glatte, spiegelnde Wandungen, auf der Innenseite von zum Teil großen Gefäßen durchsetzt. Die einzelnen Cysten entleeren beim Öffnen teils klaren, hellen, dünnflüssigen Inhalt, teils zeigen sie Hohlräume, die mit frischen und alten Blutmassen ausgefüllt sind. Letztere, sich derber anfühlend, befinden sich besonders zunächst der Bauchwand, oben am rechten Geschwulst. Die Tumoren sind aus beiden Ovarien entstanden. Zunächst der Ablösungsstelle der Geschwülste mehrere erbsengroße Follikel mit klarem Inhalt und derber Wand.

Untersuchung bei der Entlassung; Uterus anteflektiert, noch immer etwas größer als normal, nirgends druckempfindlich. An den Adnexstümpfen keine Schwellung tastbar, nirgends druckempfindlich. Die Frau hat sich gut erholt. Appetit und Stuhl geregelt. Beim Wasserlassen keine Beschwerden.

Späteres Befinden (Bericht von Dr. Riis, Februar1904): Pat. hat sich seit der Geburt der Mole immer wohl gefühlt und nahm auch an Gewicht zu. Jedoch blieb die Periode seither aus und Pat. verspürt manchmal klopfende Schmerzen in der linken Seite nach dem Rücken hin.

12. J.-No. 17907. Oberstabsarzt a. D. Dr. Schröder, Rendsburg. M. M., Zimmermannsfrau, 44 Jahre alt, am 20. Mai 1897 in die Klinik aufgenommen. VII para. Frühere Geburten normal, die letzte vor 5 Jahren, kein Abortus, die Wochenbetten waren normal. Die Periode trat mit 15 Jahren ein, sie war regelmäßig alle 4 Wochen und dauerte 5 Tage, in

letzter Zeit war sie etwas schwächer und ist seit Ende Februar ganz verschwunden. Urin ohne Eiweiß und Zucker.

Seit 18 Jahren verheiratet. 4 Kinder leben. Vor 3 Jahren blieb die Periode 1/4 Jahr aus. Pat. bemerkte damals eine Anschwellung des Leibes, die nach Eintreten der Periode von selbst zurückging. Arbeit konnte Pat. damals verrichten. Als Ende Februar 1897 die Regel ganz wegblieb, erkrankte Pat. mit Brennen beim Wasserlassen. Später traten Appetitmangel, Erbrechen, allgemeine Abgeschlagenheit, starke Abmagerung und heftige Schmerzen in der Magengrube hinzu. Von Ostern an war Pat. bettlägerig. Wegen der heftigen Schmerzen und des unstillbaren Erbrechens wandte sich Pat. an den Arzt, der sie für schwanger erklärte und Medizin gab, die jedoch sofort erbrochen wurde. Am 16. Mai diagnostizierte ein anderer Arzt eine Geschwulst und überwies sie an die Klinik. Die Schmerzen beim Wasserlassen haben in der letzten Zeit abgenommen. Seit Beginn der Erkrankung leidet Pat. an Obstipation und Appetitlosigkeit. Seit 8 Tagen etwas Nasenbluten. Herz und Lungen gesund. Leber und Milz nicht vergrößert.

Äußerlich, ein bis zwei Finger unter den Nabel reichender Tumor von cystischer Beschaffenheit mit deutlicher Fluktuation zu fühlen. Während der Untersuchung wird der Tumor hart.

Innerliche Untersuchung: Die Scheide ist weit und die Umgebung des Muttermundes leicht bläulich verfärbt. Der Tumor entspricht dem Uterus. Sondenlänge 16 — 17 cm. Es entleert sich eine geringe Menge alten nicht riechenden Blutes. Einlegen von Jodoformgaze in den Uterus, nachdem der Muttermund bis Hegar 10 ziemlich leicht erweitert wurde. In der Nacht von Sonnabend auf Sonntag traten Wehen auf.

24. V. Chloroform-Narkose. Muttermund bis Hegar 25 erweitert und der Cervix auf beiden Seiten quergespalten. Der tastende Finger fühlt einen dem Ei entsprechenden, weichen Körper mit ungleicher Oberfläche. Bei Druck von außen entleeren sich reichliche Mengen einer einer mit alten Blutmassen durchsetzten Blasenmole. Ausräumung mit dem Bügel und nachherige Austastung mit dem Finger.

Im mikroskop. Präparat fand sich verfettete Decidua und stark wucherndes Chorionepithel.

13. VI. Bei der Entlassung ist der Uterus noch ziemlich groß, er liegt nach vorn und ist unempfindlich gegen Druck. Die Parametrien sind frei.

1904. Das weitere Befinden der Pat. ließ sich nicht ermitteln.

13. J.-No. 13735 (17594). Dr. Duus, Flensburg. H. H., Bierbrauersfrau, 31 Jahre alt, am 23. Mai 1891 und am 10. Januar 1897 in die Klinik aufgenommen. XII para.

Regel zuerst mit 13½ Jahr, regelmäßig alle 4 Wochen 7 Tage, sehr stark, dauernd. Letzte Regel trat am 22. X. 96 ein. Fluor albus seit mehreren Jahren sehr stark.

Pat. war in ihrer Jugend nie krank gewesen, heiratete mit 18 Jahren.

1884 erste Geburt, sehr schwer, Querlage. Wochenbett fieberhaft, dauerte 6 Wochen.

1886 die zweite Geburt, auch sehr schwer, Kind tot.

1887 Mai, 3. Geburt spontan, aber schwer, hat 5 Wochen gelegen, da Ohnmachtsanfälle beim Aufstehen kamen, hatte dauf ¼ Jahr lang eine entzündete Brust.

1888 Mai, 4. Geburt, Junge, der noch lebt, aber schwindsüchtig ist. Zangengeburt, sehr langes und schweres, aber fieberfreies Wochenbett.

1890 Juli, 5. Geburt, Junge, lebt noch. Geburt spontan, aber schwer, Wochenbett dauerte lange, wieder mit Brustentzündung verbunden.

Im Mai 1891 hatte Pat. 7 Wochen Blutungen und lag wegen einer Blasenmole 4 Wochen in der hiesigen Klinik (s. u.). Nach ihrer Entlassung hat Pat. noch 3 Wochen gelegen. In demselben Jahre am 30. XI. hatte Pat. „Umschlag“ mit sehr starker Blutung. Es war ein Abortus im 2. Monat, danach lag Pat. bis Neujahr.

Im April 1892 hatte Pat. wieder Umschlag, wobei wieder starke Blutung, und ist gelegen bis Juli.

Im März 93 traten wieder 5 Wochen lang Blutungen auf, weshalb der Arzt tamponierte. Darauf kam die Frucht.

Die Nachgeburt blieb 2 Tage zurück und wurde manuell entfernt. Pat. wurde angeblich 14 Tage lang täglich ausgekratzt. Darauf bald stärkere, bald schwächere Blutungen.

Im März 1894 war die Geburt im 8. Monat, vorher auch Blutungen und um das Kind zu retten, wurde es schon im 8. Monat mit Zange geholt.

Im Juli 1895 will Pat. eine starke Blutung gehabt haben. Von da ab war die Regel regelmäßig. Anfang Dez. 95 wurde Pat. zum siebenten Male entbunden. Geburt spontan, das Kind ist jedoch bald gestorben. Seitdem Periode regelmäßig, dann wieder leichtere Blutungen. Die Regel stellte sich wieder ein, die letzte 21. X. 96. Pat. hat einen Bruch seit der Geburt 1890, muß stets ein Bruchband tragen. Das Wasserlassen und der Stuhlgang verursachen große Schmerzen im Leib und sind deswegen sehr selten und angehalten.

Geschichte der Blasenmole: 1891, Pat. hatte nach der Geburt 1890 1/4 Jahr gestillt, am 10. Dezember traten die Menses zum 1. und 2. Male ein, wie früher 3—4 Tage dauernd. Anfangs nur geringe Schwangerschaftsbeschwerden. Pat. fühlte sich wie früher schwanger. Bewegungen hat sie noch nicht bemerkt. Wehen hat sie während der Blutungen nicht bemerkt. Der Leibesumfang entsprach anfangs dem 5. Monat und ist seither deutlich abgefallen. Die Blutung war anfangs braun, allmählich rötlich und schleimig. Angeblich mit Beginn der Blutungen Auftreten von juckenden Bläschen auf der Brust, später auf beiden Schultern, die nachher auf auf Karbolwaschungen in Borken abgingen (Herpes zoster!).

Status v. 8. V. Nicht anämische, mittelkräftige, mittelgut genährte Person. Kindesteile sind deutlich zu fühlen. Herztöne undeutlich. Uterus entspricht einer fünfmonatlichen Schwangerschaft. Cervix für die Fingerkuppe durchgängig. Im Muttermund etwas trüb-glasiges Sekret. Die zum Teil freiliegende Cervixschleimhaut blutet leicht.

25. V. Wenig blutiger Schleim in der Scheide. Uterus deutlich kleiner, bis 3 Finger breit unter dem Nabel. Kindesteile nicht deutlich zu fühlen. Uterus weich, zeitweise

härter werdend. Harn ohne Eiweiß. Am 26. V. wenig Blutung und Wehen, beim Untersuchen werden kleine alte Blutgerinnsel entfernt. Im Ganzen erhielt Pat. bis 27. V. mittags 7 mal 20 Tropfen Secale.

27. V. Auftreten von starken, schmerzhaften Wehen und 4 Mal starke Blutung.

Untersuchung in Narkose: Rechts oben in der Scheide ein weicher Tumor von Eihäuten, der sich nach oben in den kindskopfgroßen Uterus fortsetzt. Äußerer Muttermund mit einem starren Saum ist zweimarkstückgroß. Der Cervix ist nach oben trichterförmig erweitert. 3 cm über dem äußeren ist der innere Muttermund gut fünfmarkstückgroß, als Leiste wenig vorspringend. Beim Drücken auf den Uterus wird eine gut faustgroße Blasenmole entfernt. Im Uterus fühlt man dann, besonders in der vorderen Wand, stark verdickte Decidua. Mit der stumpfen Kürette wird sie, ungefähr 4 Eßlöffel voll, entfernt. Spülung des Uterus mit Lysol und Tamponade mit 2% Jodoformgaze.

Die ganze ausgestoßene Masse stellt einen Kuchen dar, der ausgebreitet 14 × 10 cm mißt. An der einen Seite läßt sich die Chorionmembran isolieren, die innen von Drüsen besetzt ist. Von der ganzen Oberfläche des Chorions erheben sich Zottenstämme. Zwischen den bis reichlich kirschgroßen myxomatösen Zottenabschnitten findet sich auch normal aussehendes Zottengewebe. Die nachträglich entfernte Decidua ist bis zu 1 cm dick und gleichmäßig hämorrhagisch durchsetzt.

10. VI. Befund bei der Entlassung: Portio klein, Uterus anteflektiert, groß und frei beweglich. Im rechten Uterushorn druckempfindliche Stelle. Parametrien beiderseits frei und nicht empfindlich. Es besteht noch große Schwäche. Aussehen und Appetit gut. Verordnung: Secale 4 mal täglich 15 Tropfen und 2 mal täglich, Morgens und Abends, heiße Douche.

Im Januar 1897 wurde Pat. wegen molimina graviditatis, bestehend in Ohnmachten, Schwindel, Schmerzen im Leib, Rücken, Herzgrube, nach den Schultern hin, Kopfschmerzen und viel Erbrechen, in der hiesigen Frauenklinik behandelt.

Ihr weiteres Befinden ließ sich nicht ermitteln.

14) J.-No. 17978. Dr. Wichmann, Hanerau. Chr. St., Webersfrau, 32 Jahre alt, am 17. Jan. 1897 in die Klinik aufgenommen. VI para. Letzte Geburt April 1896. Wochenbetten normal. Letzte Regel Ausgang August 1896.

Kindesbewegungen um Weihnachten noch fühlbar, vielleicht auch bis Januar hinein.

Ende Januar Abgang einer dunkelbräunlichen Masse, nur kurze Zeit dauernd. Im Februar soll blutig wässriger Ausfluß, vorübergehend reichlich, meist schwach vorhanden gewesen sein. Seitdem nichts mehr bemerkt Schon in den letzten Monaten hatte Pat. fortwährend Schmerzen im Unterleib. Zur Zeit, wo die Geburt erwartet wurde (Mitte Mai) traten Schmerzen auf, die wehenartig waren und später mehr anhaltend wurden.

10. VI. zeigte sich einige Stunden geringer Blutabgang. Seit Januar hat der Leib nicht mehr zugenommen, eher abgenommen. Der allgemeine Zustand ist nicht erheblich verschlechtert. 4 Finger breit oberhalb der Symphyse ist der Uterus abtastbar. Der Muttermund ist knapp für die Fingerkuppe durchgängig.

19. VI. In Narkose: Einlegen von 2 Tupelostiften.

20. VI. Stifte entfernt. Jodoformgazetampons.

21. VI. Spaltung der Cervix auf beiden Seiten in Verlängerung des Muttermundspaltes. Erweiterung bis Hegar 25, nach vorhergehender Dehnung mit Schulze. Austasten des Uterus, in dem man dicken, derben Eiter fühlt. Herausbefördern desselben mit Nélaton. Dicke, derbe Eiwand mit stark verdickter und verfetteter Decidua. Subchoriale Blutergüsse. An einem Stückchen deutliche Trauben mit hellem klarem Inhalt. Douche und Tamponade des Uterus. Untersuchung bei der Entlassung: Uterus nach rechts antevertiert, beide Parametrien sind frei.

Bericht von Dr. Wichmann, Febr. 1904. Das weitere Befinden der Patientin gestaltete sich folgendermaßen:

Die Regel soll zum ersten Mal bereits in der Klinik wieder aufgetreten sein. Sie ist vor der Geburt der Mole unregelmäßig, meistens in Zwischenräumen von 3 Wochen

erfolgt, nach derselben regelmäßig nach 4 Wochen, aber erheblich stärker aufgetreten, als vor Geburt der Mole. Hinsichtlich der Dauer und Schmerzen während derselben besteht kein Unterschied.

Pat. gebar zweimal unzeitig, 1 mal rechtzeitig. Zuerst im Februar 1900 im 4. Monat, die Placenta war zurückgeblieben und mußte manuell entfernt werden. Zum zweiten Male im März 1902, im 3. Monat, nach 8tägiger Blutung soll die Frucht in toto abgegangen sein. Eine rechtzeitige Geburt im Jahre 1903. Eine Blasenmole ist nicht wieder aufgetreten.

Seit der Geburt der Mole hat die Frau beständig an Fluor albus gelitten. Sonstige Beschwerden sind nicht aufgetreten. Ebenso auch keine Neubildungen, auch ist die Frau nie nierenkrank gewesen.

15) J.-N. 18594. W. W., 25 Jahre alt, Dienstmädchen, am 5. März 1898 in die Klinik aufgenommen. I para. Die erste Geburt verlief normal am 18. Juli 93. Beim Wochenbett empfand sie, nach 14tägiger Bettruhe, beim Aufstehen Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz.

Die Periode trat mit 16 Jahren ein, zuerst 4 Wochen lang jeden Tag, mäßig stark, nie starke kolikartige Schmerzen, seitdem alle 4 Wochen 4—5 Tage. Die letzte dauerte vom 15. Februar bis zur Aufnahme. Pat. hat manchmal Brennen beim Wasserlassen.

Fluor albus seit der Geburt 1893 ziemlich stark, am schlimmsten 14 Tage vor der Periode.

Pat. kommt wegen starker Blutungen. Menses regelmäßig bis Mitte Oktober, wie stets 4—5 Tage, nicht besonders stark, ohne Schmerzen. Vom 8. November bis 10. Dezember hatte Pat. eine starke Blutung. Am 23. Dezember begann sie von Neuem und dauerte bis zum 13. Januar. Am 31. Dezember waren sie besonders stark und wurden von der Patientin als Blutsturz bezeichnet. Dann trat die Blutung wieder am 15. Februar auf und besteht noch; am 17. und 19. Februar war sie besonders stark. Pat. wurde

vom Arzt mit Tropfen behandelt, worauf Besserung eintrat, doch hörten die Blutungen nie ganz auf. Die Menses sind im letzten Jahre nie ausgeblieben, niemals hatte Pat. wehenartige Schmerzen bei den Blutungen. Pat. wurde allmählich sehr schwach. Sie verspürte nie Frost oder Hitze, keinen Schwindel, keine Ohnmacht, häufig Kopfschmerzen. Seit 14 Tagen empfindet Pat. Schmerzen im Mastdarm, besonders beim Stuhlgang. Chloroform-Narkose.

Blutiger, mißfarbener, übelriechender Ausfluß. Die Portio ist kolossal verbreitert und steht etwas vor der Spinallinie, die Umgebung des quergespaltenen Muttermundes mißfarben granulierend, zumal auf der hinteren Lippe. Die Verbreiterung und Schwellung beschränkt sich im wesentlichen auf die hintere Lippe und Cervixwand. Die Schwellung erstreckt sich noch auf das retrouterine Gewebe. Das Gewebe ist daselbst ödematös, sehr stark verdickt, weich. Auf der hinteren Lippe findet sich, ca. 3 cm vom Muttermund entfernt, ein ca. 5 Pfennigstück großes, scharfrandiges Ulcus mit belegtem Grund. Der innere Muttermund ist geschlossen. Der Uterus liegt antevertiert, ist etwas vergrößert. Die hintere Cervixwand ist breit, weich und dick. Sondenlänge ca. 12 cm. Ausbrennen des Ulcus mit dem Thermokauter mit Einbrennen ins Gewebe. Der nachfolgende Finger dringt tief in das bröcklige, weiche, hinter dem Cervixkanal gelegene Gewebe ein und entfernt blasige und eihautähnliche Massen, woran nekrotische Gewebsfetzen nebst alten Blutgerinnseln in mäßiger Menge sitzen. Es entsteht allmählich hinter dem Cervixlumen eine geräumige Höhlung mit bröckliger, unebener Wand. Diese ist nach dem Cervixlumen zu an einer Stelle durchbrochen, im übrigen sehr dünn. Es entsteht eine sehr starke arterielle Blutung, die auf Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze steht. Dilatation des Cervix mit Hegar No. 16. Digitale Austastung ergiebt eine gleichmäßig, glatte Wandung der Uterushöhle, die schmale Brücke, die den unteren Teil des ausgezogenen Cervikalkanals von der nebenliegenden tamponierten Höhle trennt, wird leicht mit dem Finger stumpf durchtrennt. Der Uterus ist sehr schlaff und dehnt sich trotz der Fixation mit Kugelzangen,

bei Einführen des Hegar fast um 1—2 Finger in der Längsrichtung, nach oben aus, die Symphyse ca. 2 Finger breit überragend.

14. III. Exitus letalis an Peritonitis purulenta.

Sektionsbefund: Diffuse, eitrige Peritonitis, besonders stark in den unteren Abdominalpartieen und der oberen Leberfläche. Uterus ein wenig vergrößert, rekliniert. Rechte Tube kleinfingerdick, geschlossen. Rechtes Ovarium klein, Albuginea getrübt, weich. Linke Tube weniger verdickt, ohne besondere Auftreibung. Kein Tubarabort. Linkes Ovar. weich klein, mißfarbig. Nach Aufschneiden der Vagina und des Uterus zeigt sich am entfernten Präparat: In der Vagina mehrere kleinere, trüb aussehende, oberflächlich nekrotische, des Epithels beraubte Stellen. Die Uterushöhle ist ein wenig erweitert, mit trüber, weicher Schleimhaut bekleidet. Rechts oben ragt ein erbsengroßer, weißlicher Pfropf in der Uteruswand vor (Haftstelle des Eies).

Von der Gegend des inneren Muttermundes abwärts, zumal nach hinten und zwar dort tief ins retrocervikale Bindegewebe reichend, findet sich eine matsche, nekrotische, von eitrigen Einschmelzungen umgebene, bröckelige dunkelrot-mißfarbige Gewebsmasse, die auch auf Durchschnitten nur wenig kleine Stellen festeren weißlichen Gewebes erkennen läßt, in derselben reichlich thrombosierte Venen und kleine Blutkoagula. An der Rückseite gangränöse, dem Durchbruch nahe Partie, gut 5 markstückgroß, keine Metastasen in anderen Organen.*)

16) J.-No. 19052 (19222). A. M., 27 Jahre alt, Arbeitersfrau, am 5. September 1898 in die Klinik aufgenommen. II para.

Frühere Geburten normal, 2 Aborte, vor 7 und 3 Jahren. Menses mit 16 Jahren, letzte 10. VIII. 98. Fluar albus beständig sehr stark.

Pat. klagt über Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes, die nicht beständig sind, aber besonders vor der

*) Näheres über diesen Fall hat Dr. Anders: „Zur klinischen Bedeutung der chorioepithelialen Neubildungen“ (M M. W. 1899. S. 139.)

Periode stärker werden. Die (linkerseits stärkeren) Schmerzen bestehen angeblich seit dem vor 7 Jahren erfolgten Abort, jedenfalls schon mehrere Jahre.

Menstruation alle 4 Wochen (früher alle 14 Tage), 10—12 Tage dauernd, sehr stark, mit Schmerzen in beiden Hypogastrien, besonders links, die mehrere Tage vor der Periode einsetzen.

Befund: Uterus anteflektiert, etwas groß, Adnexe normal.

6. IX. Curettement in Chloroform-Narkose. Uterus etwas groß, anteflektiert, linkes Ovarium wenig vergrößert, sonst Adnexe normal. Sondenlänge 9 cm. Dilatation bis Hegar 9.

Die Kürette dringt zunächst überall auf ein weiches schleimiges Gewebe, das in großen Massen entfernt wird. Die langen, vorwiegend aus Schleimfäden und kleincystischem Gewebe bestehenden Fetzen füllen ca. 1—2 Eßlöffel. Zum Teil sind die Gebilde kleincystisch gestielt, wie bei einer Blasenmole. Erst allmählich dringt die Kürette in der geräumigen Uterushöhle auf die glatte Muskularis. Nach sorgfältigem Kürettement Karbolwasserdouche und Auswischen mit Liquor ferri. Mikroskopische Diagnose: Blasenmole.

31. X. Wiedervorstellung. Pat. klagt, daß sie seit der Operation mehr Schmerzen hat als vorher, besonders in der linken Seite. Bei Anstrengungen sind die Schmerzen größer. Letzte Regel 13. Oktober, sehr stark, 8tägig, Leibschmerzen.

Befund: Uterus retroponiert, Uterus und Adnexe druckempfindlich. Linke Tube etwas geschwollen.

Therapie: Ichthyoltampons.

9. XI. Uterus beweglich anteflektiert. Über dem Douglas zarte strangförmige Schwellungen nach rechts.

7. XII. 98. Wegen erfolgloser, langdauernder Anwendung von permanenten Kataplasmen nach Quincke, Eisblase, Prießnitz, Opium etc. bei fortbestehenden, heftigen, zumal linkssitzenden Unterleibsschmerzen, starker Empfindlichkeit in beiden Parametrien bei der Untersuchung wird am 7. XII. in Chloroform-Narkose erst kürettiert bei 8 cm Sondenlänge. Dilatation leicht bis Hegar 9. Abrasio mucosae mit

diversen Küretten: Mäßige Menge weicher, mäßig verdickter Schleimhaut wird entfernt. Karboldouche, Auswischen mit liquor ferri. Uterus anteflektiert, frei beweglich, nicht vergrößert. Rechtes Ovarium etwas vergrößert, tief liegend, anscheinend fixiert, linkes Ovarium normal, Parametrien frei.

Probelaparotomie: ca. 8 cm lange Incision durch den rectus. Vollständig normaler Genitalbefund, Uterus anteflektiert, frei von Adhäsionen. Beide Tuben offen, normal aussehend. Rektum und Colon descendens dicht mit Skybala gefüllt. Beide Ovarien frei von Adhäsionen. L. Ovarium durch ein Corpus luteum etwas vergrößert. Blasenfüllung 350 ccm. 5 Schichten-Nähte der Bauchwunde. Letzte Periode 15.—19. Mai 1899.

12. VI. 99. Pat. hat sich seit der Operation nicht gut gefühlt. Menses regelmäßig alle 4 Wochen, 4 Tage mäßig stark mit heftigen, krampfartigen Schmerzen im rechten Hypogastrium. In der Zwischenzeit ebenfalls sehr oft krampfartige Schmerzen, sodaß Pat. fast nicht arbeiten kann. Ab und zu links Schmerzen.

Erfolg der Operation: Links Schmerzen geringer als vor der Operation. Rechts eher schlimmer als besser, und zwar wurde die Verschlimmerung gleich nach der Operation bemerkt.

Befund: Narbe, 2 cm links von der linea alba, $8^1/_2$ cm lang, schließt dicht.

Späteres Befinden (Brief der Patientin, Februar 1904): Die Periode ist fast ebenso wie früher, sie dauert 7—8 Tage, ist dunkel und übelriechend, ziemlich stark, aber regelmäßig, ohne Schmerzen.

Pat. überstand eine Fehlgeburt, 2—3 Monate alt, unter ärztlicher Hilfe, Dr. Henningsen, Kiel. Blutungen traten nicht ein. Geboren hat Pat. sonst nicht. Eine Blasenmole ist nicht aufgetreten.

Ihre Unterleibsschmerzen sind nicht schlimmer als vor der Operation. Zeitweise hat Pat. sehr starken weißen Fluß. Nierenleidend war sie nie.

17) J.-No. 19431. Dr. Sänger in Neumühlen. E. D., Arbeitersfrau, 26 Jahre alt, 23. Januar 1899 in die Klinik aufgenommen.

Seit 3/4 Jahren verheiratet, keine Geburt noch Abortus. Die Periode trat mit 13 Jahren ein, regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage dauernd, nicht stark, ohne Schmerzen. Letzte Regel Anfang Oktober 98. Vor 8 Tagen (15. I. 99) bekam Pat. Magenschmerzen und 1/2 Stunde lang Blutung aus der Scheide, auch traten Kopfschmerzen auf. Am 21. u. 22. Januar Erbrechen, Fieber und Frösteln, mehrmals am Tage. Am 20. I. verlor Pat. von neuem Blut aus der Scheide. Der Arzt konstatierte beginnenden Abort. Seit 2 Tagen Appetit schlecht, allgemeine Mattigkeit. Größere Stücke sind noch nicht bis jetzt abgegangen, auch waren noch keine Wehen vorhanden. Seit 3 Tagen übler Geruch aus der Scheide.

Erst seit dem 20. I. bemerkte Pat., daß sich etwas aus der Vulva vordrängte. Nie Husten, nie Auswurf. Rechts hinten unten 3 Finger breit Dämpfung über der Lunge, mit abgeschwächtem vesikulärem Atmen, kein Krepitieren, kein Rasseln.

Uterus ca. 4 Finger breit den Nabel überragend, entsprechend einer Gravidität vom IV. Monat. Muttermund geschlossen. Aus der Vulva ragt ein walnußgroßer, intensiv schwarz nekrotisch aussehender Polyp, übelriechend, gut gestielt, sich fest anfühlend, der der vorderen Vaginalwand, ca. 2 cm unterhalb des orificium externum urethrae, ziemlich median, entspringt. Der Urin ist klar.

24. I. Morgens. Spontane Ausstoßung des Polypen beim Wasserlassen. Kauterisation der nekrotisch aussehenden Insertionsstelle ohne Narkose. Kontraktionen des Uterus deutlich zu fühlen.

25. I. Tagsüber ziemlich reichlicher Blutabgang, aber keine Gewebsstücke. Gegen Abend Auftreten sehr schmerzhafter, häufiger Wehen. Abends 7 1/2 Uhr Tamponade der Scheide und des unteren Cervixabschnittes mit Jodoformgaze. Muttermund bei der Tamponade für einen Finger durchgängig.

26. I. Andauernd etwas Blutabgang. Viele Wehen.

0,015 Morph. subcutan. Abends 9 Uhr Auftreten einer profusen Blutung. In Chloroformnarkose (7 gr) wird zunächst die ganz durchblutete, nicht riechende Tamponade entfernt. Äußerer Muttermund für 2 Finger durchgängig. Cervix ampullenförmig aufgetrieben. Wand außerordentlich dünn. Innerer Muttermund kaum für 1 Finger durchgängig. Im Cervix liegt (in den äußeren Muttermund vorragend) eine weiche schwammige Gallerte. die mittelst Nélaton entfernt, sich als Blasenmole erweist. Bei der Austastung des Korpus-Inneren zeigt sich die ganze linke Wand als Sitz der zur Blasenmole degenerierten Placenta. Vorsichtige digitale Ablösung und Entfernung derselben. Die Wand des Uterus scheint nicht verdünnt zu sein.. Gesammtmasse der entfernten Placenta ca. 2 Hände voll. Während der Ausräumung und nachher keine erheblichere Blutung mehr. Austastung nach der Ausräumung ergiebt unregelmäßige, feste Erhabenheiten an der gut kontrahierten Placentarstelle. Keine auffallende Verdünnung der Korpuswand. Tamponade des Uterus und der Scheide mit Jodoformgaze. Ergotin-Injektion. Eine Frucht wird bei der Ausräumung nicht zu Tage gefördert. Die Bläschen der Mole sind getreidekorn- bis erbsengroß, nur an wenigen Stellen finden sich zwischen den Bläschen kompaktere, der Decidua ähnliche Partieen. Stück A ist an der einen Seite von einer glashellen, amnionähnlichen Membran begrenzt, die leicht abziehbar ist und von Chorionelementen nicht durchwachsen ist. Stück B zeigt auf dem Durchschnitt eine wabig-maschige Struktur, die Hohlräume von verschieden großen Molen-Elementen, die Septa dargestellt durch festgefügte, scharfbegrenzte, graurötliche Gewebszüge. Stück C: festeres, membranöses Gewebsstück, das an der einen Fläche mit Blasenmolen äußerlich dicht besetzt ist, an der anderen Fläche stellenweise von einzelnen Bläschen durchwachsen ist.

Scheidentumor: Wallnußgroß, schwarzrot; Oberfläche gleichmäßig gangränöses Aussehen darbietend. An dem freien Ende des kleinfingerdicken, ca. $^1/_2$ cm breiten, in der Scheidenwand sitzenden Stieles, sowie an der entsprechenden Stelle des Tumors finden sich zwei knapp stecknadelkopfgroße,

frisch thrombosierte Gefäß-Querschnitte. Auf dem Durchschnitt läßt sich an dem Tumor eine braunrote, etwa 2 mm dicke Randzone von einem hellen, weißrötlichen, vorwiegend wohl aus Fibrin bestehenden, stellenweise streifig geschichteten Kerne unterscheiden. In der Umgebung des kurzen Stielendes in der Scheidewand eine feine Demarkationslinie.

Das am 29. I. mit den Lochien ausgestoßene Gewebsstück hat makroskopisch den Charakter der Decidua.

Exploration bei der Entlassung: Uterus stumpfwinklig anteflektiert, rekliniert, knapp faustgroß, weich, nicht empfindlich. Parametrien, paravaginales Gewebe, Douglas ohne tastbare Veränderungen, ohne Druckempfindlichkeit.

Späteres Befinden (Brief von Dr. Sänger, Neumühlen, Febr. 1904): Die Periode trat zum ersten Male nach 8 Wochen auf, ist seit jener Zeit schwankend zwischen 4—5 Wochen. Im Übrigen blieb sie unverändert.

Geboren hat die Frau seither nicht wieder, auch keine Fehlgeburt. Eine Blasenmole trat nicht wieder auf. Auch hat Pat. keine Unterleibsbeschwerden, ebenso ist sie nicht nierenleidend. Überhaupt ist die Frau frisch blühend und gesund aussehend, hat keine Beschwerden und ist gegenwärtig als Arbeiterin in der Artillerie-Werkstätte beschäftigt.

18) J.-No. 260. Dr. Sommerwerk in Friedrichsort. B. B., 20 Jahre alt, am 17. IX. 02 in die Klinik aufgenommen.

Mittelgroße Frau in gutem Ernährungszustand, von kräftigem Knochenbau. Als Kind Diphtherie und Masern, mit 18 Jahren Gelenkrheumatismus (in der medizinischen Klinik behandelt).

Periode zuerst mit 15 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen, 3—4 Tage, spärlich, ohne Schmerzen. Hochzeit Juni 1902. Letzte Regel 27. Januar, 1 Tag, sehr schwach. Erste Kindsbewegungen weiß Pat. nicht anzugeben.

Status: Brüste gut entwickelt, Warzen prominent, Leib mäßig stark ausgedehnt, Bauchdecken straff, Nabel vorgewölbt. Fundus direkt am Rippenbogen. Rücken rechts.

Die Untersuchung ist durch die oedematösen Bauchdecken sehr erschwert. Herztöne nicht mit Sicherheit nachzuweisen.

Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Sp. 28. Crist. 30, Conj. ext. 19. Innerlich wegen des Oedems der Labien nicht untersucht.

Bis vor 3 Wochen hatten sich keine Beschwerden in der Schwangerschaft eingestellt.

17. IX. stellten sich Anschwellungen der Beine und des Gesichtes ein. Trotzdem blieb Pat. auf und konnte bis gestern ihre häusliche Arbeit verrichten. Seit gestern bemerkte Pat. auch eine Anschwellung der äußeren Genitalien. Der Arzt sandte Pat. in die Klinik.

Status praesens: Lungen ohne pathologischen Befund. Herz: Spitzenstoß 1 cm nach außen von der Mammillarlinie verlagert, nach rechts keine Verbreiterung der Dämpfung. Töne an allen Ostien rein. Zweiter Aortenton klappend. Atmung mäßig beschleunigt, Puls regelmäßig, kräftig, 72.

Die Unterschenkel und die Fußrücken beiderseits stark oedematös. Labien außerordentlich angeschwollen, ebenso die abhängigen Partien des Leibes. In geringem Grade das Gesicht. Nierengegend nicht empfindlich. Harn stark sauer, nach dem Kochen starke Trübung, reichlich granulierte und hyaline Cylinder. Specif. Gew. 1027. Essbach $1^1/_2$ ‰.

21. IX. Da trotz der heißen Bäder und der Schwitzkur und Liquor acetici nur das Oedem der Beine und des Leibes, aber nicht der Labien zurückgegangen ist, wird eine Drainage derselben eingeleitet Nach Desinfektion der Labien mit Borwasser und Spiritus wird je eine Kanüle möglichst in den unteren Teil der Labien eingestochen. Aus der rechten, stärker geschwollenen Labie fließt reichlich klare, wenig gelbliche Flüssigkeit ab, trotzdem nimmt die Schwellung rechts nur wenig, links sehr gut ab. Aus letzterer ist fast keine Flüssigkeit abgelaufen. Die Drainage ist über Nacht liegen geblieben. Menge der Flüssigkeit 360 ccm, spec. Gewicht 1008.

Im Urin noch reichlich Cylinder, hyaline wie granulierte, aber weniger Eiweiß.

21. IX. abends: Da durch die Drainage keine Flüssigkeit mehr abläuft, werden beide Kanülen entfernt. Die

Schwellung ist beiderseits so zurückgegangen, daß kein Gangrän zu befürchten ist.

23. IX. heißes Bad, Natr. acetic täglich Abends.

Beide Labien abends wieder geschwollen. Die Drains (dünne Kapillarröhrchen) werden wieder die Nacht eingelegt. Es fließen 285 ccm ab mit dem spec. Gewicht 1009. Die rechte Schamlippe ist vollständig, die linke annähernd abgeschwollen.

24. IX. heißes Bad. Darauf kräftige Wehen, auf den Kreißsaal verlegt, Herztöne nicht zu hören.

29. IX. Beschreibung der Geburt. Lagerung: Nach dem heißen Bad sehr schmerzhafte Wehen, alle 5 Minuten 50—60 Sekunden dauernd.

Äußere Untersuchung: Fundus 2 Finger breit unterhalb des Rippenbogens. Lage des Kindes wegen des Oedems der Bauchdecken nicht durchzufühlen. Herztöne nicht zu hören. Linke Schamlippe etwas angeschwollen. Innerlich nicht untersucht. Wehen kräftig, alle 3—4 Minuten. Die Wehen haben die ganze Nacht angedauert, es wird 0,015 Morph. gegeben. Starke, sehr schmerzhafte Preßwehen. Temp. 36,5, Puls 120, Pat. sehr unruhig.

Die Blase wölbt sich weit in die Vulva vor und wird gesprengt. Es fließt nicht getrübtes Fruchtwasser ab, nach wenigen Wehen wird in Seitenlage der Kopf geboren, das Gesicht wendet sich nach dem linken Schenkel der Mutter, keine Nabelschnurumschlingung. Der stark oedematöse Damm reißt wenig ein, einige kleinere Risse an der vorderen Kommissur. Der Rumpf des Kindes wird sehr schnell geboren. Kleines nicht ausgetragenes, asphyktisches Mädchen. Der Uterus bleibt auffallend groß, aber gut kontrahiert, trotzdem sickert etwas Blut ab. In der nächsten Wehe wird mit großer Kraft eine mächtige Nachgeburt, zugleich mit reichlichem Blute (ca. 500 ccm) ausgestoßen. Der Uterus zieht sich schlecht zusammen, es blutet etwas. Da die Besichtigung der Nachgeburt, die zum größten Teil in Blasenmole umgewandelt ist, keinen Aufschluß über die Vollständigkeit giebt, wird mit 3 Fingern in den Uterus einge-

gangen. Die Placentarstelle sitzt an der vorderen Wand, einige haselnußgroße Stücke werden mit dem Finger abgelöst und da auch jetzt noch keine genügende Kontraktion eintritt, wird Uterus und Scheide mit Jodoformgaze tamponiert. Die vordere Muttermundslippe hängt sehr weit herab. Einrisse sind nicht vorhanden. Ergotineinspritzung. Da der Puls etwas kleiner geworden ist, wird eine Spritze Kampher gegeben und 1000 ccm Kochsalzlösung infundiert. Der Uterus bleibt gut kontrahiert, der Puls ist ziemlich kräftig.

Beschreibung der partiellen Placenta-Blasenmole. 1. Makroskopischer Befund: Die sehr große 1750 g wiegende Placenta ist ziemlich gleichmäßig im Dickendurchmesser verdickt. Breitendurchmesser 20 cm, Dicke 5 cm.

Sehr dünne sulzarme Nabelschnur, die auf der fötalen Seite verlaufenden Gefäße sind von enormer Stärke und von einer oedematösen Schicht umgeben. Chorion und Amnion vollständig. Eihautriß in der Mitte. Nur ca. $^1/_3$ der Placenta zeigt makroskopisch konsistenteren Bau, aber auch hier sind auf dem Durchschnitt überall oedematöse Veränderungen an den Zotten und Infarkte vorhanden. Die anderen $^2/_3$ der Placenta zeigen das typische Bild der Blasenmole. Trotz des spontanen Austritts ist dieser Teil stark zerfetzt.

2) Mikroskopischer Befund: a. Schnitt durch eine oedematöse Partie: Zotten stark ausgedehnt, reichlich vaskularisiert und viele große, freie Blutungen in dem stark oedematösen Bindegewebe. Stellenweise auch mächtige Rundzelleninfiltration. Oberflächenepithel meist zu Grunde gegangen, stellenweise eine Schicht von kubischen Zellen noch bestehend, die aber meist von der Oedemflüssigkeit durchbrochen ist. In dem oedematösen Bindegewebe sind große, undeutlich begrenzte Hohlräume.

b. Schnitt durch konsistentere Partien: Außerordentlich starke bindegewebliche Verdickung der Zotten mit starken Gefäßveränderungen. Die hypertrophische Wandung übertrifft das Lumen fast um das Zehnfache an Stärke. Das Endothel ist ganz unregelmäßig in das Gefäßlumen hinein-

gewuchert. Dazwischen liegen wieder ganz unvermittelt oedematöse Hohlräume. Stellenweise ist das Bindegewebe ganz kernarm und hyalin degeneriert. Der Epithelüberzug ist nur an einigen Stellen erhalten. Nirgends Wucherung des Ektoderms.

Das Kind wog 1750 g, gedieh aber gut. Pat. wurde geheilt entlassen. Über das fernere Befinden der Pat. konnte nichts ermittelt werden.

19) J.-No. 437, Dr. Hahn in Elmshorn. L. Sch., 43 Jahre alt, am 7. März in die Klinik aufgenommen. IX. para.

Bleich aussehende, magere Frau. Immer gesund, keine Rachitis. Die Periode trat mit 16 Jahren ein, regelmäßig alle 4 Wochen, mäßig stark, schmerzlos. Pat. ist seit 1898 nierenleidend. 1899 in der hiesigen Klinik untersucht. Seit 6 Wochen in Behandlung, hierher überwiesen.

Frühere Geburten:

1) 1879 spontan, lebt (Knabe),
2) 1880 Abortus,
3) 1882 spontan, lebt (Mädchen),
4) 1883 spontan, tot (Knabe),
5) 1892 spontan, lebt (Mädchen),
6) 1895 spontan, tot (Knabe),
7) 1896 spontan, tot (Knabe),
8) 1898 spontan, lebt (Mädchen),
9) 1899 spontan, lebt (Mädchen).

Letzte Regel 18. Oktober. Im Urin sehr viel Albumin.

Anamnese: Anfangs verlief die Schwangerschaft normal, als einzige Besonderheit häufig morgendliches Erbrechen.

Seit Februar fühlt sich Pat. krank, sie bekam Rückenschmerzen, Athembeschwerden, Oedeme an Gesicht, Händen und Füßen. Außerdem begannen Anfang Februar Blutungen, zuerst rein rotes Blut, später blutig wässeriger Ausfluß. In den letzten 8 Tagen bestanden wieder stärkere Blutungen. Deshalb der Klinik überwiesen.

Status: Elend aussehende, blasse, ältere Frau, im

Gesicht und an den Füßen Oedeme. Erhebliche bronchitische Erscheinungen, im Harn viel Eiweiß. Leib mäßig aufgetrieben. Der Fundus uteri steht in Nabelhöhe. Uterus kugelig, außerordentlich weich.

Innere Untersuchung: Äußerer Muttermund für 1 Finger durchgängig. Es entleeren sich aus ihm reichliche Massen dunkeln Blutes. Im Spekulum sieht man, daß aus dem Muttermund zottenartiges Gewebe heraushängt, das in Wasser gebracht, sich als Teil einer Blasenmole erweist. Uterustamponade mit Jodoformgaze. Bald nach der Tamponade einige, allerdings schwache Wehen. Es hat nicht mehr geblutet. Ein Teil der Tamponade aus der Scheide ausgestoßen. Nachdem der Rest der Tamponade entfernt war, wurde spontan eine fast mannskopfgroße Blasenmole geboren. Ein kleiner Rest, der im Uterus zurückgeblieben, wurde mit großen, dicken Deciduafetzen manuell entfernt. Es tritt keine erhebliche Blutung auf und auf eine heiße Ausspülung kontrahiert sich der Uterus gut. Bald nach der Ausräumung Temperatur 41,1°, Puls 140. Beim Ausräumen der Blasenmole fiel es auf, daß die vordere Wand des Uterus, besonders im unteren Teil, außerordentlich weich und dick war. Links und vorn schien es, als ob der Finger beim Ausräumen der Blasenmole leicht eindränge und sich dort eine etwa nußgroße usurierte Stelle befände. Die Mole bestand aus einem etwa mannskopfgroßen Convolut von Bläschen, deren größte etwa Kirschgröße, im Durchschnitt etwa Erbsengröße hatte. Von einer Eihöhle oder einem Foetus war nichts zu entdecken.

Mikroskopischer Befund: Die Zotten sind sehr stark oedematös, die Kerne des Zottenbindegewebes sind teilweise gequollen. Das Syncythium treibt enorme Auswüchse und wurstartige Gebilde, während die Langerhannsischen Zellen nur wenige Wucherungen bilden. In dem Syncythium sind viele Vakuolen. Die Decidua ist weich, durchblutet, sie weist keine Infiltrationen auf.

21. III. Uterus sehr weich, kleinfaustgroß, er liegt in Retroflexion. Der Ausfluß ist sehr reichlich und weiß.

1904. Über das spätere Befinden der Patientin ließ sich nichts in Erfahrung bringen.

20) Poliklin. Journal 142, Jahr 1900. F. B., Gastwirtsfrau, 47 Jahre alt, am 23. Juli 1900 poliklinisch behandelt. VII. para.

Die früheren Geburten waren rechtzeitig, ohne ärztliche Hilfe. Letzte Periode Mitte März. Seit Ende April besteht unregelmäßige Blutung, die fast täglich auftrat. Das Blut war hell und ging zeitweise in Klumpen ab. Pat. ist dabei sehr flau geworden und hat ihrem Haushalt nicht mehr vorstehen können. Seit ein paar Tagen verspürt Pat. wehenartige Schmerzen im Leib, woraufhin Pat. das Bett aufgesucht hat.

Bei der äußeren Untersuchung findet man den Leib gleichmäßig geschwollen. Fundus uteri fingerbreit über dem Nabel. Man fühlt deutlich größere Teile in ihm.

Bei der inneren Untersuchung zeigt sich der äußere Muttermund quergespalten und für einen Finger durchgängig, der innere Muttermund geschlossen. Die Portio ist aufgelockert, im Spiegelbild erscheint sie bläulich verfärbt. Aus dem Muttermund quillt etwas glasig-trüber Schleim mit etwas Blut vermischt.

Der Pat. wird Ruhe verordnet. Extr. hydrast verschrieben. Außerdem wird ihr empfohlen, sobald stärkere Blutung eintreten sollte, sofort die Klinik aufzusuchen.

6. VIII. 00. berichtet die Hebamme, daß die Pat. unter sehr heftigen Wehen und mäßigem Blutabgang eine Blasenmole geboren habe. Nach Geburt derselben trat keine Blutung mehr auf.

Untersuchung im Wochenbett: Muttermund für 2 Finger durchgängig. In demselben liegen Gewebsreste vor, die nach Desinfektion mit Nélaton herausbefördert werden; hierauf Uterus vorsichtig mit stumpfer Kürette ausgeputzt. Austastung: Das Kavum ist leer, hat verdünnte Wandungen. Uterus fühlt sich auffallend morsch an. Die herausgeholten Massen bestehen hauptsächlich aus zerfallener Decidua, auch ist ein

etwa halbwallnußgroßes Stück Blasenmole noch darunter. Foetider Geruch der Teile. Heiße Lysoldouche.

Späteres Befinden (Brief der Patientin, Febr. 1904): Die Periode trat 6—8 Wochen nach Geburt der Mole wieder ein, sie ist etwas stärker als früher, aber regelmäßig, dauert jedoch einige Tage länger. Pat. hat dabei mehr Schmerzen im Rücken wie sonst. Geboren hat Pat nicht mehr. Ihre zweite Geburt kam ein paar Monate zu früh, da sie viel Wasser bei sich hatte. Blutungen und Blasenmole traten nicht wieder auf. Mitunter hat Pat. weißen Fluß. Der Umfang ihres Leibes ist stärker wie früher. Nierenleidend war sie nie.

21) Dr. Mensinga, Kiel. Bericht von Dr. Mensinga. Eingesandtes Präparat.

Späteres Befinden: Pat. hat noch einmal rechtzeitig geboren. Bei Geburt der Mole war sie unverheiratet und I para. Unterleibsbeschwerden traten unmittelbar nach der Geburt der Mole nicht auf. Neubildungen entstanden auch nicht. Ebensowenig war Pat. nierenleidend.

22) 3. November 1902. Bericht von Dr. Tetens in Kiel. Eingesandtes Präparat.

Späteres Befinden: Nach 5 Wochen erfolgte zum ersten Male die Regel, sehr heftig und stark, circa 8 Tage lang, dann erfolgte die Regel in normaler Weise bis zur Conception im Jahre 1903. Geboren hat Pat. nicht wieder, jedoch ist sie gegenwärtig schwanger, und ist die Geburt Ende März 1904 zu erwarten. Eine Blasenmole ist nicht wieder aufgetreten, ebenso auch keine Unterleibsbeschwerden. Fluor albus war früher schon stark vorhanden, hat sich aber nicht verschlimmert.

Pat. litt vor der Geburt der Mole an schwerer Albuminurie; ca. 14 Tage nach der Geburt der Mole war der Urin eiweißfrei. Später hat sich nichts wieder eingestellt. Die Frau befindet sich gegenwärtig wohl.

Überblickt man die 20 Fälle, die in der Klinik behandelt wurden, so findet man über die Altersverhältnisse der Patientinnen folgendes:

Unter 20	Jahre	alt	war	1 Pat.
20—25	„	„	waren	5 „
26—29	„	„	„	2 „
30—35	„	„	„	5 „
36—39	„	„	„	3 „
40—45	„	„	„	2 „
46—49	„	„	„	1 „
50	„	„	war	1 „

Aus diesen Zahlen läßt sich erkennen, daß die Blasenmole während aller Jahre, über die sich die Fortpflanzungsfähigkeit des Weibes erstreckt, vorkam. Teilt man den ganzen Zeitraum in drei Dekaden, indem man den einen Fall von Blasenmole, der vor dem zwanzigsten Jahre vorkam, zur ersten Dekade hinzurechnet, so ergiebt sich folgende Gruppierung der Fälle:

In der ersten Dekade kamen 8 Fälle von Blasenmole vor;
in der zweiten Dekade ebenfalls 8 Fälle;
in der dritten nur 4 Fälle.

Man sieht daraus, daß die Fälle von Blasenmole bei den in der hiesigen Klinik behandelten Patientinnen in den jüngeren und mittleren Jahren die in den höheren Altersstufen vorgekommenen übertrafen.

Wenden wir uns zur Frage, wie oft die Pat. vorher geboren hatten, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Überhaupt noch nicht geboren hatten 4 Patientinnen

1	Mal	hatten	geboren	1 Pat.
2	„	„	„	2 „
3	„	„	„	2 „
4	„	„	„	0 „
5	„	„	„	3 „
6	„	„	„	3 „
7	„	„	„	2 „
8	„	„	„	1 „
9	„	„	„	2 „

Wenn diese Übersicht auch in zwei Gruppen geteilt wird, indem diejenigen Patientinnen, die 5 Mal und weniger

geboren haben, als „Weniggebärende," von denen, die öfter geboren haben, den „Vielgebärenden" unterscheidet, erhält man folgendes Resultat: Wenig gebärende sind es 12. Vielgebärende sind es 8. Woraus hervorgeht, daß auch in dieser Hinsicht die Pat., die weniger geboren hatten, häufiger von Blasenmole befallen wurden, als die anderen. Auffällig ist, daß bei einem Fünftel sämmtlicher Fülle das überhaupt zuerst befruchtete Ei zur Blasenmole entartete. Von allen Patientinnen hatten 5 oder ein Viertel vorher Fehlgeburten durchgemacht, darunter 3 sogar mehrfach.

Die Periode trat zum ersten Male ein

im	13.	Jahre bei	1 Pat.
„	14.	„ „	11 „
„	15.	„ „	4 „
„	16.	„ „	4 „

Also bei allen zur ungefähr richtigen Zeit.

Die meisten Patientinnen waren in Bezug auf den Körperbau normal entwickelt. Es fanden sich weder Verkrümmungen noch sonstige Verunstaltungen, die die Gesundheit des Körpers beeinträchtigt oder sonstwie die Funktionen des Genitalapparates geschädigt hätten.

Die meisten Patientinnen waren bis zum Auftreten der Blasenmole gesund. Jedoch litt eine Patientin (No. 8) an Lungentuberkulose. Eine Pat. (No. 5) leidet von Jugend auf an starker Bleichsucht, ebenso Pat. No. 6.

Seit dem Jahre 1898 ist Pat. No. 19 nierenleidend. Akuten Gelenkrheumatismus überstand Pat. No. 18. Pat. No. 1 hat, besonders im Sommer, über heftigen und häufigen Stirnkopfschmerz zu klagen. Schmerzen im Unterleib seit mehreren Jahren hat Pat. No. 16. Jedoch kann wohl kaum eine dieser Krankheiten mit Entstehung der Blasenmole in Verbindung gebracht werden.

Die Periode war bei fast allen Patientinnen regelmäßig, dauerte durchschnittlich 4—5 Tage in normaler Stärke; derartige Schmerzen, daß die Patientinnen arbeitsunfähig wurden, traten bei keiner auf.

Die früheren Schwangerschaften begannen meist mit den gewöhnlichen Beschwerden wie Appetitmangel, Erbrechen, die jedoch bald wieder schwanden. Eine vorzeitige Unterbrechung durch Fehlgeburt kam bei 6 Patientinnen vor. Einmal trat Fehlgeburt ein bei Pat. 7, 10, 19. Mehrere Fehlgeburten hatten Pat. No. 8 mit 2; Pat. No. 13 mit 3; Pat. No. 16 mit 2. Im Allgemeinen verliefen die Geburten normal. Mit Kunsthülfe (Zange) mußte bei 3 Pat. eingegriffen werden (No. 7, 8, 13). Besonders schwere Geburten machte Pat. 13 durch. Diese verliefen folgendermaßen vor Geburt der Blasenmole:

I. sehr schwer, Querlage,
II. auch sehr schwer,
III. spontan, aber schwer,
IV. Zangengeburt,
V. spontan, aber schwer.

Placenta praevia hatte bei der letzten Geburt Pat. 9.

Die Wochenbetten waren bei den meisten Pat. normal, nur bei 3 Pat. zeigten sich Störungen des Verlaufs, nämlich den Pat. No. 8, 13, 15.

Pat. 8, die ersten 3 Wochenbetten verliefen normal, die beiden letzten, denen Zangengeburten vorhergingen, war Pat. 14 Tage lang krank.

Pat. 13: I. Wochenbett fieberhaft, dauerte 6 Wochen,

III. Wochenbett, Pat. lag 5 Wochen lang zu Bett, da sie Ohnmachtsanfälle beim Aufstehen bekam; hierauf hatte sie $^1/_4$ Jahr lang eine entzündete Brust.

IV. Wochenbett sehr lang und schwer, aber fieberfrei.

V. Wochenbett dauerte lange und war wieder mit Brustentzündung verbunden.

Pat. 15: Das Wochenbett dauerte 3 Wochen, da Pat. beim Aufstehen Schmerzen im Kreuz und in der rechten Seite bekam.

An Fluor albus litten 3 Patientinnen vor Geburt der Mole und zwar Pat. 13, 15, 16, 22.

Die Schwangerschaft, die zur Geburt der Blasenmole

führte, verlief bei dem größeren Teile der Patientinnen überhaupt ohne Beschwerden, und glich vollständig einer normalen Schwangerschaft. Den Beschwerden der Schwangerschaften bei denjenigen Patientinnen, wo sie nicht glatt verlief, lagen folgende Leiden zu Grunde:

Pat. 2 hatte andauerndes Erbrechen,

Pat. 10 Schmerzen im Kreuz, Rücken und Unterleib,

Pat. 11 Erbrechen, unabhängig von den Mahlzeiten,

Pat. 12 Brennen beim Wasserlassen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, allgemeine Abgeschlagenheit, starke Abmagerung, heftige Schmerzen in der Magengrube,

Pat. 15 Schmerzen im Mastdarm, besonders beim Stuhlgange,

Pat. 14 Schmerzen im Unterleib,

Pat. 16 Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes,

Pat. 17 Magenschmerzen, Fieber, Frösteln,

Pat. 19 morgenliches Erbrechen.

An Nephritis litten während der Schwangerschaft Pat. 1, 22, 18, 19, letztere allerdings schon seit dem Jahre 1898.

Bei der Geburt der Blasenmole fand man bei 2 Patientinnen Neubildungen am Genitalapparat.

Bei Pat. 11 kleincystische Degeneration beider Ovarien, die von einem corpus luteum ausging und zur Laparotomie führte, wobei beide Ovarien entfernt wurden, die Pat. wurde geheilt entlassen.*)

Bei Pat. 17 fand man eine gutartige Metastase der Mole in Form eines polypösen Hämatoms der Vagina.

---

*) Ausführliches über Veränderungen der Ovarien bei Blasenmole geben:

1) W. Stöckel: „Über die cyst. Degeneration der Ovarien bei Blasenmole“ in „Beiträge zur Geburtsh.“, Festschrift für Fritsch.

2) E. Runge: „Über die Veränderungen der Ovarien bei syncyt. Tumor. und Blasenmole“ im Arch. f. Gyn., B. 69 H. 1, ref. Centralblatt für Gyn. 1903, pag. 1120.

3) Schmidt, Centralbl. 1902.

Die Blutungen, die zur Diagnose der Blasenmole führten, traten zum ersten Male nach der letzten Menstruation auf:

Nach ½ Monat bei Pat. 11, 15.
Nach 1 Monat bei Pat. 7.
Nach 1½ Monat bei Pat. 5, 20.
Nach 2 Monat bei Pat. 3.
Nach 2½ Monat bei Pat. 2, 6, 9.
Nach 3 Monat bei Pat. 1, 12.
Nach 3½ Monat bei Pat. 17, 19.
Nach 5 Monat bei Pat. 14.
Nach 8 Monat bei Pat. 13.

Gar keine Blutung bis zur Geburt der Blasenmole trat ein bei Pat. 8, 10, 18.

Die Geburt der Blasenmole wurde bei fast allen Pat. in der Weise bewerkstelligt, daß zunächst durch Tamponade mit Jodoformgaze des Cervicalkanals Wehen erregt wurden. Dann wurde der Muttermund bis Hegar 20 und weiter gedehnt, hierauf wurde mittelst Nélaton der Uterus entleert, sodann die Gebärmutterhöhle ausgetastet, um etwa zurückgebliebene Reste der Mole zu entfernen. Es folgte dann eine Ausspülung des Uterus mit Lysol- oder Karbolwasser. Hierauf wurde der Uterus mit Jodoformgaze austamponiert, um Nachblutungen zu verhüten.

Die Natur des Uterusinhaltes war in allen Fällen die einer typischen Blasenmole: Eine regellose Wucherung der Zotten, verbunden mit hydropischer Quellung. Bei fast allen Fällen wurde nichts mehr von dem Foetus gefunden, nur bei Pat. 8 wurde eine macerierte Frucht entdeckt, Pat. 18 gebar ein lebendes, aber nicht ausgetragenes Kind, das nur 1750 g wog, aber gut gedieh.

Pat. 16 wurde wegen ihrer Unterleibsbeschwerden laparotomiert, wobei sich ergab, daß die Beschwerden auf hysterischer Basis beruhten.

Pat. 15 starb kurz nach Geburt der Blasenmole an eitriger Peritonitis, die auf metastatischem Wege von der Blasenmole her entstand.

Bei allen anderen Patientinnen verlief das Wochenbett nach Geburt der Mole normal.

Das spätere Befinden der Patientinnen gestaltete sich nach der Geburt der Blasenmole, übersichtlich zusammengestellt, wie folgt:

Die Periode trat zum ersten Male wieder ein:

Noch in der Klinik bei Pat. 14.
Nach einem Monat bei Pat. 2, 22.
Nach 2 Monaten bei Pat. 17, 20.
Nach 3 Monaten bei Pat. 3, 7, 9.
Nach 6 Monaten bei Pat. 6.
Überhaupt keine Regel mehr hatte Pat. 11.
Alle 3 Wochen kam die Regel bei Pat. 2.
Alle 4 Wochen trat sie auf bei Pat. 3, 6, 7, 9, 14, 17, 20.
Mittelstark war sie bei Pat. 3, 6, 7, 9;
Stark war sie bei Pat. 2, 14.
Fehl- und Frühgeburten hatten von den Patientinnen:
1 Fehlgeburt hatten Pat. 2, 3.
2 Fehlgeburten hatten Pat. 14, 16.
3 Fehlgeburten hatte Pat. 13.
4 Fehlgeburten hatte Pat. 6.

Eine Fehlgeburt ist wahrscheinlich bei Pat. 7 und 8.

Bei Pat. 7 entleerten sich aus dem Uterus größere Blutgerinnsel und wurden später in der Klinik placentaähnliche Massen aus der Gebärmutter entfernt, ohne daß dabei Teile einer Frucht gefunden worden wären.

Bei Pat. 8 trat eine heftige Gebärmutterblutung nach einer starken Gemütsbewegung auf. Ihr Ursprung ließ sich nicht deutlich auf eine Fehlgeburt zurückführen.

Bei Pat. 14 mußte die Placenta der ersten Fehlgeburt manuell entfernt werden.

Geboren haben folgende Patientinnen:

1 Mal Pat. 6, 7, 14, 21.
2 Mal Pat. 2, 3, 13.
4 Mal Pat. 9.

Pat. 2 hatte bei ihren Geburten sehr viel Fruchtwasser.

Zangengeburten hatten Pat. 7 und 13.

Bei Pat. 13 wurde wegen andauernder Blutungen das Kind schon im 8. Monat geholt. Die zweite Geburt verlief normal.

Gegenwärtig schwanger sind Pat. 7 und 22.

Alle andern Patientinnen hatten weder Fehlgeburten noch normale Geburten.

An weißem Fluß litten die Patientinnen:

No. 2 sehr stark seit der Mole,
No. 7 während der Regel,
No. 13 sehr stark,
No. 14 seit Geburt der Mole,
No. 16, 20 zeitweise,
No. 22 stark.

An Unterleibsbeschwerden litten die Patientinnen:

No. 2 hatte Gebärmutterschmerzen noch einige Zeit nach Geburt der Mole, die sich aber später verloren.

No. 7 litt an Schmerzen in der rechten Unterbauch, gegend zu Beginn der jetzigen Schwangerschaft.

No. 13 hat Schmerzen im Unterleib beim Stuhlgang und beim Wasserlassen, weswegen sie beides möglichst lange verzögert. Bei allen Patientinnen waren die Wochenbetten normal. Nur bei Pat. 13 dauerten sie lange und waren schwer, wie die früheren.

Pat. 13 wurde im Jahre 1897 wegen molienina graviditatis in der Kieler Klinik behandelt.

Gegenwärtig leidet Pat. 2 an allgemeiner Körperschwäche und Hinfälligkeit, ist stark von Schwindel geplagt, oft so, daß sie umfällt. Immer friert sie und steigt ihr im selben Moment die Hitze wieder auf, auch ist sie sehr schlecht zu Fuß. Da seit Juni 1902 die Regel aufhörte, sind wohl alle diese Beschwerden als Übergangsbeschwerden aufzufassen.

Seit der Geburt der Blasenmole starben folgende Patientinnen:

Pat. 8 an Lungentuberkulose.

Pat. 10 nach Angabe des Arztes an Carcinoma

corporis uteri, da der Tod jedoch schon ½ Jahr nach Geburt der Mole eintrat, muß man es wohl als Chorionepitheliom auffassen, das sich im direkten Anschlusse an die Blasenmole entwickelte.

Die übrigen Patientinnen waren seither gesund. Eine Blasenmole trat bei keiner von den 15 Patientinnen, von denen etwas zu erfahren war, wieder auf.

Von 7 Pat. ließ sich nichts ermitteln.

Was die Entwicklung der Blasenmole veranlaßte, ist nicht recht ersichtlich. Fast alle Frauen waren vorher gesund und waren es auch nachher.

Ob die in 4 Fällen aufgetretene Nephritis etwas zur Entwicklung der Blasenmole beigetragen hat, ist doch sehr fraglich, da ihre Anzahl doch nur 25% der sämmtlichen Fälle bildet.

Ebenso ist es fraglich, ob die Tuberkulose bei Fall 8 Anstoß zur Bildung der Mole gegeben hat. Anders liegen jedoch die Verhältnisse bei Fall 11 und 13. Im ersteren Falle ist wohl anzunehmen, dsß bei der kleincystischen Degeneration beider Ovarien, die jedenfalls schon längere Zeit bestand, das zur Befruchtung gelangte Ei selbst schon krank war und es daher zu dieser unnatürlichen Entwicklung gedrängt wurde. Siehe die oben angegebenen Litteraturnachweise.

Auch bei Fall 13 liegt wohl der erste Anstoß zur Bildung im Genitalapparat, aber hier im Uterus selbst. Die mehrfachen Fehlgeburten, die schweren Geburten, die langen und schweren Wochenbetten lassen annehmen, daß die Gebärmutter chronisch krank, vielleicht an Endometritis, war, sodaß das befruchtete Ei unter solchen anormalen Verhältnissen sich nicht regelrecht entwickeln konnte.

Bösartige Wucherungen veranlaßte die Blasenmole nur in 2 Fällen, bei Pat. 15 und Pat. 10, deren Corpuscarcinom wohl als Chorionepithelioma anzusprechen ist.

Da sonst bei keiner Patientin eine Wiederholung der

Blasenmole auftrat, zumal sie alle nachher gesund waren, so muß man die Veranlassung der Entwicklung der Blasenmole in einem zufälligen Ereignis suchen, das das Ei verhindert hat, sich normalerweise auszubilden.

* * *

Zum Schlusse bleibt mir noch die angenehme Pflicht, meinen besten Dank auszusprechen Herrn Geheimrat Professor Dr. Werth für die Überweisung der Arbeit und für seine lehrreiche Unterstützung bei ihrer Anfertigung, sowie den Herren Dr. Höhne und Knoop, Assistenten der Klinik, die mir mit Rat und Tat bei der Auswahl des Materials und seiner Verwertung zur Seite standen. Auch den Herren Ärzten, die durch Ausfüllung der Fragebogen die Arbeit förderten, sei mein bester Dank hierfür abgestattet.

Curriculum vitae.

Der Verfasser, Karl Rudolf Oster, katholischer Confession, wurde am 30. Mai 1872 in Heidelberg als Sohn eines Kaufmannes geboren. Er besuchte zuerst die Volksschule in Heidelberg, dann die Gymnasien zu Heidelberg und Bruchsal, bestand das Abiturium im Jahre 1893. Er bezog dann die Universitäten Heidelberg und München, indem er sich dem Studium der Medizin widmete. Approbiert wurde er im Jahre 1900, war dann 1 Jahr Volontärassistent bei Herrn Privatdozenten Dr. R. Ziegenspeck in München, ein weiteres Jahr war er Assistent bei Herrn Sanitätsrat Dr. Paul Hennings am Sophienbade in Reinbeck. Zu Beginn des Jahres 1902 ließ er sich als praktischer Arzt in Kandel (Rheinpfalz) nieder und übersiedelte von da nach Brötzingen, einem Vororte Pforzheims, wo er noch jetzt seine Praxis ausübt.